



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

CAMILA LIMA NOGUEIRA

**DOENÇAS CRÔNICAS E DEFICIÊNCIA: PERSPECTIVAS DOS
PROFISSIONAIS MÉDICOS E ASSISTENTES SOCIAIS DO INSS
SOBRE A LEI COMPLEMENTAR 142/2013**

BRASÍLIA - DF

2016

CAMILA LIMA NOGUEIRA

**DOENÇAS CRÔNICAS E DEFICIÊNCIA: PERSPECTIVAS DOS
PROFISSIONAIS MÉDICOS E ASSISTENTES SOCIAIS DO INSS
SOBRE A LEI COMPLEMENTAR 142/2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social, como
requisito parcial para a obtenção do título de
bacharel em Serviço Social.

Prof^a. Dr^a. Lívia Barbosa (orientadora)

BRASÍLIA - DF

2016

CAMILA LIMA NOGUEIRA

**DOENÇAS CRÔNICAS E DEFICIÊNCIA: PERSPECTIVAS DOS
PROFISSIONAIS MÉDICOS E ASSISTENTES SOCIAIS DO INSS
SOBRE A LEI COMPLEMENTAR 142/2013**

Relatório final, apresentado à Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Brasília, 11 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Livia Barbosa

Departamento de Serviço Social - UnB

Prof. Dr. Éverton Pereira

Departamento de Saúde Coletiva - UnB

Assistente Social Damares Cíntia Santos

Clínica de Doenças Renais de Brasília - CDRB

*Aos meus sempre e mais fiéis companheiros
nas etapas da minha vida: pai, mãe, irmã,
Matheus e o calouro Rafinha.*

Agradecimentos

Agradeço à professora Livia Barbosa pelas oportunidades de pesquisas sobre Deficiência, pela disposição e atenção, sendo uma ótima transmissora de conhecimentos em todos os momentos da pesquisa e na construção deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos pesquisadores da validação do instrumento previsto na Lei Complementar 142/13 aplicado pelo INSS, que proporcionaram a coleta de dados essencial para esta construção.

As minhas supervisoras de campo nos estágios obrigatórios, Damares e Sara, por enriquecerem meus conhecimentos acerca dos assuntos de Serviço Social na área da saúde voltada para pessoas com insuficiência renal, me instigando para um trabalho futuro sobre o tema.

As minhas amigas de curso Carol, Yasmin, Amanda, Thalita e Danuza, sempre solidárias nas diversas avaliações das disciplinas durante o curso, seja nas trocas de estudos ou nas conversas diárias;

A Neide, Edvon, Letícia, Matheus e Dores pelo apoio incondicional em cada etapa de construção do trabalho, essencial para a sua conclusão.

RESUMO

A aposentadoria da pessoa com deficiência é um benefício da política de Previdência Social regulamentado pela Lei Complementar nº 142/2013. A diferença quanto às regras gerais de aposentadoria se dá em relação ao tempo de contribuição, o qual para as pessoas com deficiência é reduzido, a depender da definição do grau da deficiência em leve, moderada ou grave, realizada por meio da perícia e da avaliação social do INSS. A LC utiliza o modelo social de deficiência como parâmetro para estabelecer os critérios de concessão do benefício. Esse modelo conceitua a deficiência como o resultado de uma sociedade insensível à diversidade humana que não se adapta para a eliminação das barreiras sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência, que podem sofrer restrição de participação. Nesse sentido, pode-se dizer que uma pessoa com doença crônica que sofre tal restrição também experimenta a deficiência. Este trabalho analisa as percepções dos profissionais do INSS, médicos e assistentes sociais quanto à ampliação do conceito de deficiência para as pessoas com doenças crônicas no momento da perícia e avaliação social para definição do grau de deficiência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 29 profissionais, sendo 14 de assistentes sociais e 15 de médicos. Nessas entrevistas, realizadas a fim de validação do instrumento utilizado para gradação da deficiência, a análise focou em identificar qualquer noção sobre doença crônica como deficiência ou não, e no impacto dessa noção para a concessão do benefício para as pessoas com patologias crônicas. O estudo revelou que, apesar de ser um conceito de deficiência relativamente recente que causa algumas resistências devido ao modelo biomédico predominante, os profissionais compreendem a deficiência socialmente, de forma a perceberem as pessoas com doença crônica como possíveis pessoas com deficiência.

Palavras-chave: deficiência, doenças crônicas, modelo social, aposentadoria da pessoa com deficiência

ABSTRACT

The retirement of the disabled person is a Social Security benefit politics regulated by Complementary Law No. 142/2013. The difference in the general retirement rules in relation to the contribution, which for person with disabilities is reduced, depending on the degree of disability definition as mild, moderate or severe conducted through expertise and social assessment of the INSS. LC uses the social model of disability as a parameter to establish the granting of the benefit criteria. This model conceptualizes disability as the result of a society insensitive to human diversity that does not adapt to the elimination of social barriers faced by persons with disabilities who may be restricted participation. In this sense, one can say that a person with a chronic illness who suffers such restriction also experience disability. This paper analyzes the perceptions of professionals INSS, doctors and social workers, as the expansion of the concept of disability for person with chronic disease at the time of expertise and social assessment to determine the degree of disability. Semi-structured interviews with 29 professionals were conducted, 14 social workers and 15 doctors. In these interviews, conducted in order to validate the instrument used for deficiency of gradation, the analysis focused on identifying any notion of chronic illness as a disability or not, and the impact of that notion for the grant of benefit to person with chronic diseases. The study revealed that, despite being a relatively new concept of disability that causes some resistance due to the prevailing biomedical model, professionals understand the social disability in order to perceive person with chronic disease as possible person with disabilities.

Key words: disability, chronic illnesses, social model, person with a disability retirement.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Agência da Previdência Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
Convenção	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CF/88	Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
EC	Emenda Constitucional
EM	Esclerose Múltipla
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
HIV/Aids	Human Immunodeficiency Virus/acquired immunodeficiency syndrome
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IF-BrA	Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para Fins de Aposentadoria
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
LC	Lei Complementar
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RGPS	Regime Geral de Previdência Social

SNPD	Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília
UPIAS	Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2.1 Modelos conceituais de Deficiência.....	15
2.2 O Modelo Social de Deficiência e as pessoas com doenças crônicas.....	20
3. OS DIREITOS BRASILEIROS RELATIVOS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	24
3.1 Os direitos das pessoas com doença crônica	25
3.2 A Aposentadoria para a Pessoa com Deficiência como direito das pessoas com doenças crônicas.....	26
4. METODOLOGIA DE PESQUISA	31
4.1 Fase exploratória	31
4.2 Trabalho de Campo	32
4.3 Análise e tratamento empírico	34
5. ANÁLISE DOS DADOS	35
5.1 Percepção dos profissionais sobre Doenças crônicas e Deficiência	35
5.2 Observações dos profissionais que podem interferir na avaliação da pessoa com doença crônica:.....	42
5.2.1 Um futuro desconsiderado.....	42
5.2.2 Dependência de Terceiros.....	42
5.2.3 Inaccessibilidade da rede de políticas públicas como barreira social.....	43
5.2.4 Subjetividade do IF-BrA	44
5.2.5 Desigualdade como agravante da deficiência	45
CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXO I – IF-BrA	54
ANEXO II – TCLE (Assistente Social)	55
ANEXO III – TCLE (Médico).....	57
ANEXO IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA (Assistente Social).....	59
ANEXO V – ROTEIRO DE ENTREVISTA (Médico)	61

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) visa atender às exigências curriculares para a conclusão do curso de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB). O seu conteúdo apresenta um processo de reflexão acerca do objeto de estudo que é voltado para a percepção dos profissionais (Assistentes Sociais e Médicos) do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) a respeito do conceito de *deficiência* adotado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e sua relação com as possíveis barreiras sociais enfrentadas pelas pessoas com doença crônica.

Tal reflexão foi instigada a partir da experiência vivida nos estágios supervisionados I e II, na Clínica de Doenças Renais de Brasília (CDRB). Os estágios foram acompanhados por duas Assistentes Sociais, que realizaram a supervisão de campo, e por uma professora do Departamento de Serviço Social, que realizou a supervisão acadêmica. No período de realização dos estágios, diversos pacientes apresentaram suas realidades fora da Clínica que foram registradas nas Anamneses Sociais, de preenchimento exclusivo das Assistentes Sociais e acompanhadas pelas estagiárias. As realidades foram as mais diversas, no que diz respeito à falta de serviços públicos voltada para as pessoas com insuficiência renal e à restrição de participação dessas pessoas em igualdade com as demais. Entre essas realidades as que marcaram foram duas: uma delas vivenciada por uma mulher que trabalhava como empregada doméstica e foi demitida depois que começou a realizar as sessões de hemodiálise; a outra realidade é a de um homem que não podia viajar para sua cidade natal por mais de 7 dias porque não tinha onde realizar as sessões, já que a maioria das cidades não possuem clínicas especializadas. Esses dois exemplos representam a restrição de participação de elementos essenciais da vida humana, que não são considerados pela sociedade em questão.

Além dos estágios, a produção do presente trabalho foi possibilitada por uma pesquisa realizada no ano de 2014 por um grupo de pesquisadores da UnB e encomendada pelo INSS. A pesquisa teve como objetivo validar o instrumento de avaliação – Índice de Funcionalidades Brasileiro (IFBr-A) – que calcula o grau da deficiência¹ para a concessão de Aposentadoria da Pessoa com Deficiência², garantida pela Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. Durante a pesquisa observou-se que as pessoas com doença crônica que se apresentavam na perícia requerendo esse tipo de aposentadoria mostraram um histórico de barreiras sociais que lhes davam o direito de serem contempladas com o benefício.

¹ Em leve, moderada ou grave.

² A pessoa com deficiência deve ser segurada do Regime Geral de Previdência Social por, pelo menos, 15 anos.

Cabe aqui destacar o conceito de *Pessoas com Deficiência* tratado na Convenção sobre o Direitos das Pessoas com Deficiência, que diz em seu Artigo 1:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (Brasil. Secretaria dos Direitos Humanos, 2014: p. 26)

Este conceito surge como um desafio para o entendimento de deficiência do modelo biomédico utilizado pelos profissionais da Previdência Social em suas avaliações para concessão dos benefícios relativos à pessoa com deficiência.

No modelo biomédico, a deficiência surge como uma consequência apenas dos impedimentos no corpo do indivíduo. A deficiência é oriunda de uma “desvantagem real e natural” (DINIZ, 2007: p. 26), a qual deve ser tratada e medicalizada em busca de encaixar o indivíduo nos padrões normativos da sociedade, desconsiderando o contexto social em que este se encontra.

Em contrapartida, o modelo social conceitua a deficiência como uma opressão ao corpo sem desconsiderar o impedimento corporal, mas eliminando o viés de que seja uma desvantagem natural. Ou seja, as desvantagens de uma pessoa com deficiência acontecem em virtude de “ambientes pouco sensíveis à diversidade corporal” (Barbosa; Diniz; Santos, 2009: p. 386).

Na conceituação do modelo social surgem reflexões que ultrapassam a visão da deficiência aparente como a única representante que resulta de restrições de participação. Entre essas reflexões estão as doenças crônicas, que podem ser definidas como “afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora ou melhora sensível” (Barros et al., 2006, p. 912). Nesse sentido, as pessoas que as detêm podem ser consideradas pelo conceito do modelo social de deficiência pela complexidade e variedade de barreiras encontradas no cotidiano, na participação dos diversos segmentos da vida em sociedade.

Partindo disso, o artigo “Diversidade corporal e perícia médica no Benefício de Prestação Continuada” elaborado por Barbosa, Diniz e Santos (2010) mostrou, através de uma pesquisa com os médicos peritos do INSS, que o modelo social de deficiência desafiou estes profissionais quando associou deficiência com doença crônica, por terem suas perícias o caráter objetivo do modelo biomédico, seja pela formação profissional, seja por exigência da política pública. A conclusão da pesquisa para esses autores é a de que “mesmo quando há consenso, o

modelo (biomédico) pode falhar na proteção social de pessoas cuja restrição de participação está antes nas barreiras sociais do que nos impedimentos corporais” (2010, p. 55).

Por meio da teoria que sustenta o modelo social de deficiência, o trabalho será desenvolvido no intuito de fortalecer o debate acerca da doença crônica como deficiência, principalmente no que tange à avaliação das pessoas que requerem a Aposentadoria da Pessoa com Deficiência junto ao INSS. Através da análise das entrevistas realizadas ao longo da pesquisa do IF-BrA, será possível, como principal objetivo do trabalho, identificar se os profissionais da perícia médica e da avaliação social estão preparados para identificar as barreiras sociais da pessoa com doença crônica que tem o direito de exercer plena e efetivamente sua participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, tal como afirma a Convenção.

Serão abordadas ao longo do TCC, respectivamente, as formas como são definidos os conceitos de deficiência – biomédico e social – para a compreensão da essência do objetivo a ser alcançado; na sequência, para embasar o argumento de que doença crônica pode ser deficiência, serão esclarecidas as possíveis condições de saúde das pessoas com doenças crônicas que não são consideradas por uma sociedade, vivenciando constantemente barreiras sociais que resultam em exclusão. No capítulo 2, serão explorados os direitos das pessoas com deficiência que, por meio de algumas regulamentações e políticas, são devidos também às pessoas com patologias graves, normalmente caracterizadas como doenças crônicas, principalmente o direito ao benefício da aposentadoria das pessoas com deficiência.

A partir da análise teórica, o capítulo 3 descreve detalhadamente o processo para a construção da pesquisa e do TCC em questão, por meio do subtítulo “Metodologia”, que engloba os processos de formulação do projeto de pesquisa, explicando as etapas de pesquisa, as técnicas utilizadas, e o tipo de análise de dados coerente com o objetivo do trabalho.

E, por último, a análise de dados, que descreve as falas dos entrevistados durante a pesquisa, de forma a encaixá-las em contextos teóricos e sociais de uma pessoa com doença crônica. Por meio dessa análise, será possível identificar ou não, por parte dos profissionais, o conceito ampliado de deficiência, que abrange também pessoas que não possuem deficiências clássicas

Nesse sentido, ao final do trabalho, deverá ser confirmada ou refutada a hipótese elaborada como elemento essencial para o seu desenvolvimento, onde se afirma que os profissionais que realizam perícia e avaliação social para a concessão da aposentadoria das pessoas com deficiência adotam o modelo social de deficiência que não amplia a noção de

deficiência para as pessoas com doenças crônicas impossibilitadas de exercerem plenamente suas atividades diárias.

O trabalho poderá ser de grande relevância para que essas pessoas, atualmente não encaixadas na proteção social relativa às pessoas com deficiência, sejam objeto de análise em outros estudos relacionados à proteção social do Estado. Além disso, oferecerá rica contribuição para a formação profissional em Serviço Social, ao defender fundamentadamente um “posicionamento a favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (Brasil. Conselho Federal de Serviço Social, 1993: p. 23), princípio fundamental do Código de Ética do/a Assistente Social.

2. O CONCEITO DE DEFICIÊNCIA

2.1 Modelos conceituais de Deficiência

O conceito de deficiência predominante até meados da década de 1960 se pautava em uma visão biomédica em que determinava uma lesão corporal como uma espécie de doença a ser tratada e curada. A partir daquela década surge um novo conceito que até hoje encontra diversas resistências ao caráter sociopolítico da deficiência abordada pelo modelo social.

A deficiência no século XVIII era compreendida como um corpo fora dos padrões estabelecidos pela sociedade, se tornando vítima de uma sociedade opressora (Diniz, 2007). O corpo normal à época – e talvez até nos dias de hoje em alguns discursos ou no senso comum – era a representação de um corpo sem deficiência, e aqueles que fugiam do padrão eram julgados moralmente e excluídos da vida em sociedade. Le Breton (2010), utiliza o termo *liberação do corpo*, utilizada pela sociedade, para explicar o quanto ele é relativo através do argumento de que um *corpo liberado* é aquele considerado jovial e impecável. Demonstra, assim, o limite para tal expressão em relação, por exemplo, às pessoas com deficiência que são marginalizadas em função de seus corpos. O autor afirma que “só haverá *liberação do corpo* quando a preocupação com o corpo tiver desaparecido” (2010: p.11), uma vez que, para ele, o corpo é o meio pelo qual um indivíduo expressa suas diferenças.

Nesse sentido, os estudos recentes sobre a deficiência (*Disability Studies*) consideram que antigamente ocorria uma desconsideração da diversidade humana e, conseqüentemente, dos diferentes estilos de vida experimentados pelas pessoas com deficiência, qualificando a deficiência como uma “desigualdade natural ou inerente aos impedimentos corporais” (Barbosa, Diniz e Santos, 2010: p. 50).

Viver com deficiência era, e ainda é, estar submetido a diversas formas de opressão, inclusive àquela forma que associa a capacidade de um indivíduo de exercer as atividades cotidianas com a condição física, desresponsabilizando qualquer tipo de ação por parte do Estado ou por parte da sociedade em si. Ou seja, esse entendimento, oriundo do modelo biomédico, define a deficiência única e exclusivamente pela lesão a qual o indivíduo possui, uma vez que se interessa apenas pelo corpo, e não pelo ser humano e sua singularidade (Le Breton, 2010: p. 12-13) que faz parte de uma sociedade.

A medicina e seu conceito de deficiência, através do diagnóstico, tratamento e cura, com uso de tecnologias e conhecimentos cada vez mais avançados, tenta reinserir o corpo com

deficiência no grupo de pessoas consideradas *normais*. Essa normatização dos corpos está associada a uma “técnica positiva de intervenção e de transformação” (Foucault, 2001: p. 62). Ou seja, o *princípio da correção*, ou, quando se trata da deficiência, o princípio da cura, coloca na medicina a característica de heroína, uma vez que supostamente por meio dela os corpos passam a viver de igual para igual com os demais.

Nas construções teóricas do modelo social de deficiência, a percepção biomédica foi amplamente criticada por fazer parte de uma imposição de um discurso sobre os estilos de vida diferenciados, considerados como desviantes. E por serem fruto de desvantagem natural, a deficiência é considerada uma “tragédia pessoal” (Diniz, 2007).

O modelo social de deficiência incluiu em seus debates a contribuição das Ciências Humanas, que transpassou o núcleo produtor dos conhecimentos biológicos, psicológicos, e de aspectos físicos (Diniz, 2007). Esse conjunto de percepções sobre a deficiência provocou uma mudança de paradigma, dando destaque para a importância da categoria *justiça social*.

Martha Nussbaum (2013) utiliza a abordagem da *justiça social* em uma ideia sobre capacidades necessárias para se atingir a dignidade humana (buscada pelo teóricos do modelo social de deficiência) que deve ser respeitada e garantida pelos governos de todas as nações. São 10 as capacidades centrais colocadas pela teórica para uma vida com dignidade: a vida; a saúde física; a integridade física; os sentidos; imaginação e pensamento; emoções; razões práticas; afiliação; outras espécies; lazer; e controle sobre o próprio ambiente. Para Nussbaum (2013), se não realizadas uma dessas capacidades, a dignidade humana não se faz apropriada. Dessa forma, é necessário que se consiga colocar os cidadãos acima do nível mínimo de capacidade, principalmente quando esses cidadãos possuem algum tipo de impedimento físico e que, por isso, são colocados em posição desigual perante as demais pessoas, sob a forma da opressão.

O surgimento do primeiro grupo de deficientes, também sociólogos, na década de 1970, denominado de Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (UPIAS)³, foi formado com a intenção de romper com o modelo médico de deficiência, tendo como marco teórico o materialismo histórico de Karl Marx (Diniz, 2007), que considera para o entendimento da realidade, a história da sociedade e suas transformações, além das relações sociais de produção como formadoras da consciência. Para Barnes (2013), entender a deficiência requer a reflexão

³ Sociólogos como Paull Abberley e Colin Barnes, citados neste trabalho, fizeram parte do modelo social de deficiência proposto pelo grupo da UPIAS.

sobre a lógica mercadológica da sociedade capitalista que impõe diversas desvantagens, construindo uma sociedade não igualitária e opressora contra as diferentes minorias (no caso da deficiência, para as pessoas com impedimentos).

Com isso, a UPIAS conceituou a deficiência como uma forma de opressão social perante a diversidade da espécie humana. Opressão que foi definida por Abberley (1987) como a imposição ideológica da característica de inferioridade voltada para as pessoas com deficiência em relação às demais pessoas da sociedade, por conta da deficiência, e que também era exercida sobre outras minorias, como as mulheres e os negros. Dessa forma, tal como afirma Diniz (2007: p. 15) “a experiência da deficiência não era resultado de suas lesões, mas do ambiente social hostil à diversidade física”. Ou seja, conforme Abberley (1987) defende, essa desvantagem não é nem natural, nem inevitável, por ser uma consequência de diversas práticas sociais.

A UPIAS, ao identificar os elementos a serem criticados no modelo médico de deficiência, construiu, então, uma reflexão acerca dos elementos que desencadeariam a deficiência. Assim, uma pessoa com algum tipo de lesão, de acordo com a UPIAS, experimenta a deficiência quando sofre alguma desvantagem ou restrição de atividade que é ocasionada pela sociedade, uma vez que esta não considera os indivíduos que possuem a lesão, de forma a excluí-los das atividades da vida social (Diniz, 2007).

Portanto, a intenção do modelo social de deficiência foi demonstrar que a deficiência é ocasionada em virtude de uma sociedade insensível, o que significa dizer que não necessariamente as pessoas que têm algum tipo de impedimento corporal vivenciarão a deficiência, mas a partir do momento em que esse impedimento é ignorado pelos âmbitos sociais, estes produzem barreiras que as impedem de viver em igualdade com os demais, de forma a restringi-las e excluí-las da participação social e, aí sim, experimentando a deficiência. Com base em seus argumentos, o modelo social propunha a formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência com o objetivo de eliminar as barreiras sociais e, consequentemente, a deficiência. A UPIAS, nesse sentido, desenvolveu uma forma politizada de entender a deficiência, mostrando que ela deveria ser reconhecida como uma questão sociopolítica (Barnes, 2013).

Apesar de o modelo social ter iniciado uma desconstrução do conceito de deficiência dominante do modelo médico, a sua intenção e objetivos receberam críticas das teorias

modernas e das feministas que passaram a estudar sobre o tema (DINIZ, 2007), o que ocasionou a divisão da teoria do modelo social em 1ª e 2ª gerações, respectivamente.

Uma das maiores críticas feministas foi a de que o modelo social da 1ª geração entendia a eliminação das barreiras sociais como a única solução para a questão da deficiência, garantindo para as pessoas com deficiência a independência e o retorno da capacidade de realização das tarefas cotidianas da vida por meio de uma sociedade devidamente adaptada.

Para as teóricas feministas da 2ª geração do modelo social, a 1ª geração não considerava as pessoas com deficiência que, mesmo com a eliminação das barreiras, continuariam dependentes. Além disso, elas incluíram no debate os corpos sem lesão aparente e ainda aqueles *temporariamente não deficientes*, que seriam os casos de envelhecimento e doenças crônicas (Diniz, 2007 apud Wendell, 1996).

Susan Wendel (2001) considera que um debate sobre deficiência deve considerar a discussão sobre doenças crônicas⁴, seja porque muitos indivíduos são deficientes por conta das doenças crônicas ou porque existem pessoas que têm deficiências não causadas por doenças, mas que têm como consequência delas alguns problemas crônicos de saúde.

Além da inclusão de pessoas que não possuem as denominadas deficiências clássicas, foram abordadas, também, as variáveis de raça, gênero, orientação sexual ou idade na discussão sobre deficiência. Também o cuidado teve a sua devida atenção, uma vez que não era reconhecido pelos primeiros teóricos. Agora, as cuidadoras tinham seu espaço de debate e compartilhavam da opressão social pela qual as pessoas com deficiência vivenciavam (Diniz, 2007).

É importante observar que a intenção do movimento feminista no debate sobre a deficiência não foi deslegitimar o modelo social de deficiência da 1ª geração, mas sim agregar as suas construções elementos não considerados, porém observados pelo feminismo, para que houvesse uma mudança de paradigma da deficiência que incluísse outras pessoas vítimas de opressão. Suas maiores críticas aos primeiros teóricos eram em relação à busca somente pela independência de um corpo que poderia vir a ser produtivo, sem considerar aquelas pessoas que não queriam ou não podiam alcançar a independência. Era a defesa pela igualdade, sem atingir o nível de pluralidade encontrado na sociedade. Dessa forma, “a revisão do modelo social da deficiência à luz da crítica feminista necessita incorporar: a centralidade da dependência nas

⁴ A autora também considera que o debate sobre doenças crônicas deve ser encontrado nas teorias feministas uma vez que as mulheres são “mais propensas a serem deficientes por conta da doença crônica” (2001: p.19).

relações humanas; o reconhecimento da vulnerabilidade das relações de dependência; e o impacto da dependência sobre nossas obrigações morais” (Diniz, 2007: p. 70).

Atualmente, o conceito está presente nos estudos sobre deficiência e vem sendo adotado por diferentes documentos, leis e outros aparelhos políticos. A contribuição do modelo social e suas críticas subsidiaram o debate dentro das políticas mundiais, seja no âmbito das classificações ou convenções internacionais, seja no âmbito das instituições ou da sociedade civil. E um dos primeiros avanços em nível mundial foi com a divulgação, em 2001, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como uma revisão da Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap (ICIDH), de 1980, construída exclusivamente pelo modelo médico, que classificava a doença como *consequência da doença*, de acordo com documento da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004: p. 8) sobre a CIF.

De acordo esse documento, elaborado em Lisboa, o principal objetivo da classificação é “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde” (OMS, 2004: p. 7). Assim, a classificação é composta por domínios que consideram o corpo, o indivíduo e a sociedade.

A CIF foi construída tomando por base, além do modelo médico, o modelo social. Por isso, alguns conceitos-chaves acerca da deficiência foram revistos e orientados para categorias como a restrição de participação, fatores ambientais, limitações de atividades. Porém, foram mantidas as categorias das estruturas e funções do corpo no seu texto. Dessa forma, a CIF afirma ser um terceiro modelo na definição sobre deficiência denominado *Biopsicossocial*, que orienta o processo de classificação da deficiência (OMS, 2004).

Outro avanço ocorreu em 2006, durante Assembleia-Geral das Nações Unidas, que ocorreu na cidade de Nova York, nos Estados Unidos. Nela foi aprovada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinada em 2007 por 160 países que, segundo site oficial da ONU, obteve o maior número de assinaturas da história das Nações Unidas.

No Brasil, em julho de 2008 a Convenção teve seu texto aprovado pelo Decreto Legislativo nº 186 e decretada sua vigência em 25 de agosto de 2009 por meio do Decreto nº 6949, que a concedeu poder constitucional equivalente a uma Emenda Constitucional, significando um grande avanço no que diz respeito à dignidade e à igualdade de direitos das Pessoas com Deficiência no País.

A Convenção adota o conceito de deficiência defendido pelo modelo social indicado no item “e” do seu Preâmbulo que define Deficiência como:

um conceito em evolução, [...] resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (Brasil. Secretaria de Direitos Humanos, 2014: p. 22)

Além do conceito do modelo social de deficiência, a Convenção reconhece no item “i” a diversidade das pessoas com deficiência, significando a ampliação do conceito pensada pela 2ª geração do modelo social, que engloba também as deficiências não aparentes.

Portanto, a representatividade do modelo social de deficiência está em construção contínua, uma vez que o modelo médico ainda influencia de forma prioritária nas decisões e avaliações das políticas públicas. Os *disability studies* a cada dia ocupando mais espaço político e procurando se atualizar sobre a temática da deficiência em busca da justiça social que visa primordialmente a dignidade humana de todos os integrantes da sociedade.

2.2 O Modelo Social de Deficiência e as pessoas com doenças crônicas

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) realizada em 2008, 31,3% da população brasileira afirmaram possuir pelo menos uma doença crônica, o que significa aproximadamente 60 milhões de pessoas do total. Quase 6% afirmaram possuir três ou mais doenças crônicas. Uma vez que a doença crônica está intimamente ligada ao envelhecimento (Barros et al. 2006), esse número, atualmente, pode ter sofrido aumento, porém não existe pesquisa recente sobre os dados atualizados.

As doenças crônicas podem ser definidas como “afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora ou melhora sensível” (Barros et al., 2006: p. 912). A definição do Ministério da Saúde acrescenta as mudanças no estilo de vida ao conceituar doenças crônicas, através da sua Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014:

As doenças crônicas são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não a leva à cura. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014: Art. 2º)

Susan Wendell, na análise da doença crônica como deficiência, compara a pessoa com doença crônica com as “pessoas que são deficientes saudáveis” (2001: p. 19). Define essas pessoas como aquelas que têm limitações funcionais relativamente estáveis e possuem um futuro previsível, não esperam morrer antes que as outras pessoas e não procuram os serviços de saúde mais que outras pessoas saudáveis. Wendell destaca, em contraposição, o conceito de doenças crônicas, entendidas como doenças que perduram por mais de 6 meses sem expectativa de cura e que não causam a morte rapidamente, mas que causam a incerteza do tempo em vida.

Em pesquisa realizada sobre a condição crônica no contexto da saúde do adulto⁵, por Freitas e Mendes (2007), a definição de doença crônica, para além da característica de ser uma patologia com perdas e disfunções sem expectativa de cura, é colocada como acarretadora de uma significativa alteração no cotidiano das pessoas. Alteração esta que envolve o estresse referente à modificação corporal, a obrigação de se adequar social e psicologicamente, e a descoberta ou convivência de uma noção sobre a expectativa de vida, além da dor, fadiga, tontura, depressão, entre outros sintomas.

Portanto, a condição crônica gerada pela doença produz consequências que superam as modificações do organismo. Isso não significa que todas as pessoas com doença crônica tenham a mesma adaptação ou as mesmas barreiras sociais na vivência diária da condição em que se encontram. Mas, deve-se levar em conta que tais pessoas, mesmo que de modos diferentes, precisam modificar os estilos de vida, e nesse momento a sociedade pode não conseguir ou não se interessar em se adaptar para inclui-las, de forma a igualá-las aos demais. Um exemplo disso é a dificuldade que pessoas na condição crônica podem ter para trabalhar. Cabe uma reflexão nesse sentido quanto à causa dessa dificuldade: é a condição física que as impossibilitam de trabalhar ou é a falta de iniciativa quanto à adaptação do trabalho que realizam (horários flexíveis, *homework*, diminuição da carga horária, etc)?

De acordo com a compreensão do modelo social de deficiência, uma condição física que não seja considerada pelo ambiente em que é vivenciada, e, além de não ser considerada é objeto de estigma social⁶, provoca como consequência para o indivíduo a experimentação da

⁵ FREITAS, Maria Célia; MENDES, Maria Manuela Rino. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. Pesquisa sobre a visão de diferentes autores sobre a doença crônica, complementares entre si.

⁶ O estigma é colocado por Goffman da seguinte forma: “Um indivíduo que poderia ser facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto. Nós e os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão serão por mim chamados de normais”. (1891, p. 7-8)

deficiência. Nesse sentido, e conforme todos os impedimentos que uma doença crônica pode gerar, a deficiência pode estar também sendo experimentada pelas pessoas com doença crônica.

Embora seja uma visão ampliada de deficiência em busca da justiça social, os teóricos da primeira geração entendiam a comparação da doença crônica com a deficiência com preocupação, uma vez que a associação da deficiência com doença era um entendimento da biomedicina. Mas as feministas mostram que, assim como os idosos, os doentes crônicos se tornam deficientes pelos ambientes pouco sensíveis, e dessa forma, os estilos de vida vão se modificando de acordo com a condição física (crônica) em que o indivíduo se encontra.

Para o modelo biomédico, a doença crônica tem consequências adquiridas pelo corpo, o que não se caracteriza como uma deficiência, já que ela requer uma lesão que cause impedimentos corporais. O artigo de Santos, Diniz e Pereira (2009) descreve bem o processo de ampliação da deficiência para as pessoas em condição crônica, do modelo biomédico para o modelo social:

Condições de saúde permanentes, sem recursos de tratamento ou cura, ou congênitas são mais facilmente entendidas como deficiências quando comparadas àquelas adquiridas e, muito diretamente, resultantes da intenção do corpo com a vida social, como é o caso das chamadas doenças da pobreza, tais como leishmaniose, doença de Chagas e vasculares. Muito embora essas possam ser configurações adquiridas pelo corpo e não propriamente deficiências no sentido biomédico, quando associadas à pobreza, à falta de acesso aos serviços de saúde e a um mercado de trabalho pouco inclusivo, elas desafiam a fronteira tênue entre doença e deficiência. Essa reconfiguração lança a pergunta de qual seria a diferença entre um indivíduo com sequelas graves e incapacitantes da doença de Chagas e um indivíduo com deficiência mental grave, se ambos se encontram em situação de exclusão social e pobreza pelo corpo que habitam? (p. 19)

As indagações citadas são confirmadas no estudo sobre as Desigualdades Sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, de Barros; César e Carandina (2006), que tem como objeto de estudo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003). Nesse estudo, um perfil epidemiológico é elaborado pela pesquisa e deixa evidente que as variáveis da desigualdade, tais como escolaridade, gênero, cor/raça, macrorregião de residência e situação de domicílio, são significativas para a prevalência da doença crônica. Ou seja, os fatores da desigualdade realizam dois papéis na vida de um sujeito com doença crônica: o primeiro, anterior à doença, mas que é determinante para o surgimento da mesma, uma vez que tais desigualdades impossibilitam que as condições de saúde sejam mantidas em bom estado, desencadeando a condição crônica; e o segundo, posterior à doença e que não garante um efetivo tratamento devido aos custos envolvidos, principalmente quando a atividade

remunerada do indivíduo é cessada em razão das mudanças no estilo de vida ocasionadas pela doença crônica.

Este trabalho, no intuito de demonstrar que as pessoas com doença crônica podem enfrentar barreiras sociais, discriminação e opressão, se utiliza do discurso trazido pelo modelo social de que a deficiência, conforme Diniz, Squinca e Medeiros (2009), que deve ser descrita como uma relação entre impedimentos, desigualdades e meio ambiente, e não somente pela perspectiva estritamente médica. Dessa forma, a revisão conceitual possibilita que às pessoas com doença crônica também sejam garantidos os direitos das pessoas com deficiência, tendo em vista que elas podem experimentar a deficiência, e, assim devolve (ou tenta devolver) a elas uma condição de vida digna como a de qualquer outra pessoa.

3. OS DIREITOS BRASILEIROS RELATIVOS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

De acordo com o Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quase 24% da população brasileira são pessoas com deficiência. Um número significativo e que reflete a dimensão da importância de políticas públicas que promovam a igualdade e a garantia de direitos dessas pessoas.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, garante em seu artigo 5º que nenhuma forma de distinção deve ser praticada uma vez que todos são iguais perante a lei. Com base nessa garantia fundamental, estipula também a Carta Magna, no seu artigo 7º, que não deve haver discriminação no tocante à admissão de uma Pessoa com Deficiência em um emprego, além de designar como competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, no artigo 23, inciso II, o cuidado da saúde e a assistência pública, a proteção e a garantia da Pessoa com Deficiência. De forma concorrente, a União, os Estados e o DF deverão legislar sobre a proteção e integração social das Pessoas com deficiência, conforme o artigo 24, inciso XVI.

Outros direitos nas áreas das políticas sociais de Saúde, Previdência Social e Assistência Social são garantidos pela CF/1988. Entre esses direitos, o que garante um salário-mínimo mensal à Pessoa com deficiência que comprovar não possuir meios de se manter ou de ser mantida pela família é possibilitado pela política de Assistência Social, e denominado Benefício de Prestação Continuada (BPC). Apesar de ser um benefício da política de Assistência Social, sua administração é feita pela Previdência Social, que consegue abranger uma maior quantidade de pessoas com suas Agências espalhadas por todo o País. O benefício do BPC representa a efetivação da proteção social como objetivo da política de Assistência Social, que protege somente aquelas pessoas que não trabalham (Medeiros; Diniz; Barbosa, 2010), mas que comprovam ser extremamente pobres.

A Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (SNPD)⁷ é o órgão responsável pela efetivação e coordenação das políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência, que são balizadas pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e pelo seu conceito de deficiência. Entre as competências da SNPD, de acordo com o site oficial da Secretaria de Direitos Humanos (SDH), encontram-se a prevenção e eliminação de toda forma de discriminação contra a pessoa com deficiência, propiciando sua inclusão na

⁷ Integrante da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

sociedade; a adoção da Convenção, com políticas de promoção, garantia e defesa de seus ditames, que incrementou os dispositivos constitucionais relativos às pessoas com deficiência; e outras competências destinadas a garantir plenamente a inclusão dessas pessoas.

Em 2011, foi lançado pelo Governo Federal o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas Com Deficiência, denominado *Viver sem Limite*, que tem como proposta colocar em prática a Convenção da ONU na vida da pessoa com deficiência “por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade” (Brasil. Secretaria de Direitos Humanos, 2011: p. 8).

Mesmo com as diversas políticas públicas destinadas para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência, embasadas pela Convenção Internacional sobre os direitos das Pessoas com Deficiência (representando um grande avanço), a restrição de participação dessas pessoas de modo a viverem em igualdade perante as demais ainda se faz presente no Brasil. O que significa um desafio, já que para eliminar a deficiência, a sociedade deve mudar, de modo que considere a pluralidade do ser humano, conforme Barnes (2013). O questionamento se faz sobre o quanto a sociedade está disposta a mudar para alcançar essa finalidade.

3.1 Os direitos das pessoas com doença crônica

Entre os direitos das pessoas com doença crônica - garantidos não pela característica da restrição de participação, mas pela gravidade da doença - encontram-se o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez garantidos pela Lei nº 8213/1991 que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. No seu artigo 26, inciso II, são garantidos tais benefícios aos segurados acometidos por alguma doença ou afecções estipuladas pelo Ministério da Saúde, segundo os “critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado” (Brasil, 2015).

As pessoas com doença crônica, mesmo não lhes sendo associada diretamente uma deficiência em seus contextos, têm acesso a alguns direitos relativos também às pessoas com deficiência: tal como a isenção do Imposto de Renda relativo aos proventos da aposentadoria, pensão ou reforma, garantida pela Lei nº 7713/1988, que delimita uma lista de doenças⁸ para obter o acesso a tal direito.

⁸ Tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia

Também são devidos a essas pessoas o Saque do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e dos benefícios do Programa de Integração Social (PIS), quando o trabalhador ou dependente for portador do vírus HIV, ou for acometido de neoplasia maligna (câncer), ou estiver em estágio terminal, em razão de doença grave. O direito é garantido pelo artigo 20, inciso XIV da Lei nº 8036, de 1990.

Além desses direitos, outros relativos às pessoas com deficiência são também concedidos às pessoas com doença crônica, dependendo do quanto se enquadram na noção de deficiência dos aparelhos legislativos (Pantaleão, 2013). Entre eles estão a isenção do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias), isenção do IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores) e isenção da tarifa no transporte público⁹.

Apesar de serem direitos importantes para que essas pessoas não tenham suas participações na sociedade restringidas, percebe-se que as patologias são o foco das Leis, que dão importância à gravidade das doenças, e não ao modo como a adaptação da sociedade, ou a falta dela interfere na vida das pessoas que as possuem.

3.2 A Aposentadoria para a Pessoa com Deficiência como direito das pessoas com doenças crônicas

A Seguridade Social na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 encontra-se dentro o Título VIII – Da Ordem Social, tendo essa como base “o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais” (art. 193). A CF/88 coloca a Seguridade Social como um complexo de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, que devem garantir os direitos à saúde, à previdência e à assistência social.

Silva (2011), demonstra que o processo de incorporação da Seguridade Social na CF/88 se deu com base no modelo beveridgiano de proteção social ao ser inserido com elementos que protegiem os empregados estáveis. Isso caracterizou a Seguridade Social como um sistema híbrido, no qual seu tripé de políticas sociais, mesmo que com um único objetivo (bem-estar e

grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida.

⁹ No Distrito Federal, a Lei Distrital nº 4887 de 2012 garante a “gratuidade no transporte público coletivo, no transporte alternativo e no metrô para as pessoas com insuficiência renal crônica, portadores de câncer, de vírus HIV e de anemias congênitas (falciforme e talassemia) e coagulatórias congênitas (hemofilia) e para pessoas de baixa renda com deficiência física, sensorial ou mental”. (Art.88)

justiça sociais), unia direitos que dependem do trabalho, direitos universais e direitos seletivos, ou seja, previdência, saúde e assistência social, respectivamente.

A previdência social, em particular, sofreu modificações pela Emenda Constitucional nº 20, após dez anos da promulgação da CF/88, medidas que ensejaram na contrarreforma da política social. Ou seja, para Silva (2011), com a EC, o modelo de proteção social beveridgiano passou a ter características do modelo bismarckiano que tinha a lógica dos seguros privados, o que foi proporcionado pelo neoliberalismo, uma vez que este defende a interferência mínima do Estado nas políticas sociais, pregando a ineficiência estatal em prol da ampla privatização dos serviços públicos (Moraes, 2002).

Entre os principais retrocessos ocasionados pela EC, de acordo com Silva (2011), foi a obrigatoriedade de filiação ao sistema, a condição de funcionar de acordo com o sistema financeiro e atuarial, as aposentadorias, que antes eram por tempo de serviço, e que passaram a ser por tempo de contribuição, entre outros. Essas alterações implicaram em restrições de acesso à política de Previdência Social, ensejando seu caráter contributivo, limitando seu acesso somente aos trabalhadores assalariados, que ficam condicionados às contribuições prévias para usufruírem dos benefícios da política social.

Atualmente, o artigo 201 da CF/88 estabelece que a Previdência Social deve garantir:

- a cobertura de eventos de doenças, invalidez, morte e idade avançada;
- a proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- a proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- o salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;
- a pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes.

Em relação à aposentadoria, algumas condições são colocadas pela Constituição para serem obedecidas pelos segurados. Dessa forma, podem se aposentar por tempo de contribuição os homens que contribuírem por 35 anos e as mulheres que contribuírem por 30 anos. Ou podem se aposentar por idade os homens que atingirem 65 anos de idade e as mulheres que atingirem 60.

A CF/88, no seu art. 201, estabelece que não serão aceitos critérios diferenciados para a concessão dos benefícios da Previdência Social, mas garante que poderão ser exceções os benefícios concedidos às pessoas que exercem atividades sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física ou às pessoas com deficiência, através de aprovação de Lei Complementar.

Com base nessa exceção, e somente em 2013, surge a Lei Complementar nº 142 que regulamenta a aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS. Na LC nº 142, as condições para concessão do benefício são:

- I – aos 25 anos de tempo de contribuição, se homem, e 20 anos, se mulher no caso de deficiência grave;
- II – aos 29 anos de tempo de contribuição, se homem, e 24 anos, se mulher no caso de segurado com deficiência moderada;
- III – aos 33 anos de tempo de contribuição, se homem, e 28 anos, se mulher no caso de segurado com deficiência leve, ou
- IV – aos 60 anos de idade, se homem, e 55 anos de idade, se mulher, independentemente do grau de deficiência, desde que cumprido tempo mínimo de contribuição de 15 anos e comprovada existência de deficiência durante igual período. (Art. 3º)

Ou seja, comparada às condições de um segurado sem deficiência para a concessão da aposentadoria, a aposentadoria da pessoa com deficiência garante que o segurado possa se aposentar, no caso de deficiência grave, 10 anos antes; no caso de deficiência moderada, 6 anos antes; e no caso de deficiência leve, 2 anos antes. E, na hipótese de aposentadoria por idade, seriam antecipados 5 anos de contribuição.

A redução do tempo de contribuição ou da idade para a concessão da aposentadoria das pessoas com deficiência significa um avanço no tocante aos seus direitos. Considerando que a deficiência é definida como uma opressão do meio social em que as pessoas vivem, e que diversas barreiras são encontradas e devem ser vencidas cotidianamente pelas pessoas que têm algum tipo de impedimento, talvez a redução ainda seja pequena, embora de grande relevância para essas pessoas.

No que tange à definição da deficiência como grave, moderada ou leve, a LC estabelece que um Regulamento do Poder Executivo será criado para tal intuito. Atualmente, o INSS, por meio dos profissionais de Medicina e Serviço Social que realizam perícia e avaliação social, utiliza, além do conceito de funcionalidade da CIF, o Índice de Funcionalidade Brasileiro aplicado para fins de Aposentadoria (IF-BrA) para definir o grau da deficiência e o impedimento de longo prazo.

O IF-BrA (ANEXO I), foi aprovado em 2014 pela Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1. A Portaria conceitua como impedimento de longo prazo aquele que produz “efeito de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, pelo prazo mínimo de 2 anos, contados de forma ininterrupta” (Brasil, 2014).

Ao delimitar o tipo de deficiência pertinente do segurado, preenchido pelo perito médico, o instrumento limita também a noção de deficiência do modelo social abordado pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Dessa forma, quando se coloca apenas 4 opções de deficiência para a marcação pelo profissional médico (deficiência sensorial auditiva/visual, deficiência intelectual/cognitiva, deficiência física/motora e deficiência motora), permanece aí um viés ainda biomédico do conceito de deficiência no qual se considera apenas os aspectos físicos. Isso acaba por induzir o profissional médico à não consideração das pessoas sem deficiência aparente ou das “pessoas temporariamente não-deficientes” (Diniz, 2007 apud Wendell, 1996) para a concessão do benefício.

São consideradas no IF-BrA as histórias clínica e social e a independência das atividades funcionais, a ser definida entre 4 opções de níveis. O nível deve considerar o desempenho do segurado no ambiente habitual e não a sua capacidade em situações ideais e eventuais. Quanto menor o nível marcado, maior será a dependência do segurado. Ou seja, o menor escore correspondente a 25 significará *totalmente dependente*; o escore equivalente a 50 significa que *o segurado deve participar de alguma etapa da atividade*; o escore igual a 75 significa que o indivíduo *realiza a atividade de forma adaptada, ou de forma diferente da habitual ou mais lentamente*; e o escore 100 que representa *a realização da atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança*.

No instrumento, também são consideradas as barreiras externas, ou seja, os fatores ambientais que podem interferir no desempenho das atividades habituais do segurado. Tais fatores “constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas” (Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, 2012: p. 13). Eles tanto podem facilitar no aumento da funcionalidade, como podem limitar agindo como barreiras. São divididos em: Produtos e Tecnologia, Ambiente, Apoio e Relacionamentos, Atitudes, e Serviços Sistemas e Políticas.

O instrumento se subdivide em 7 domínios que apresentam ao total 41 atividades, graduando a funcionalidade do segurado e marcando as barreiras externas possíveis nas incapacidades identificadas. Além disso, são identificados os níveis de independência para a realização das atividades.

A pontuação total do preenchimento do instrumento equivale à soma das pontuações dos domínios. No mínimo, 2050 pontos podem ser totalizados e no máximo 8200 pontos. A deficiência será grave quando os pontos totalizarem um valor menor ou igual a 5.739; será

moderada quando o valor for maior ou igual a 5.740 e menor ou igual a 6.354; e será leve quando a pontuação estiver entre 6.355 e 7.584. Será insuficiente para a concessão do benefício a pontuação que atingir ou ultrapassar o valor de 7.585. Ou seja, quanto menor a pontuação gerada, mais grave será definida a deficiência.

Observa-se que, mesmo com um instrumento que tenta abranger todos os aspectos da vivência cotidiana da pessoa com deficiência, quando este instrumento é preenchido por profissionais, as suas influências e noções pessoais acerca da deficiência também estão fazendo parte da interpretação dos graus de deficiência dos segurados. Nesse sentido, quando o profissional concorda com o modelo social de deficiência e considera a diversidade humana na realização da perícia, ele deixa de excluir do benefício pessoas que enfrentam diariamente as consequências da deficiência, mesmo que a mesma não seja aparente, como é o caso das pessoas com doença crônica. Mas quando acontece o contrário, e o profissional reconhece apenas os aspectos físicos ou a lesão na deficiência, a aplicação do instrumento pode resultar na exclusão de pessoas que também estão experimentando a deficiência habitualmente e que não se enquadram nas deficiências clássicas.

Com base nesses argumentos, o presente trabalho pretende seguir, no intuito de descobrir se os profissionais do INSS que aplicam o instrumento estão considerando as pessoas com doenças crônicas como pessoas com deficiência e, assim, identificando potenciais beneficiários da aposentadoria da Pessoa com deficiência.

4. METODOLOGIA DE PESQUISA

A metodologia de pesquisa deste trabalho, como um conjunto de técnicas, deve ser “capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática” (Minayo, 2013: p.16). Dessa forma, foram utilizadas técnicas no intuito de evidenciar o modelo social de deficiência na atuação dos profissionais que realizam perícia para a concessão da aposentadoria das pessoas com deficiência. E, além disso, o objetivo voltou-se para uma possível identificação da ampliação do conceito de deficiência que é capaz de incluir as pessoas com doença crônica que vivenciam e enfrentam o desafio das barreiras sociais cotidianamente.

Nesse sentido, o método de pesquisa escolhido para a realização do objetivo foi o qualitativo, uma vez que não se pode quantificar a realidade a ser procurada. O que significa dizer que serão considerados os diversos significados e valores presentes nos dados colhidos - relacionados aos discursos dos profissionais – para o desenvolvimento da análise e da reflexão, que podem sugerir uma quebra de paradigmas e até mesmo possíveis mudanças em políticas públicas que adotam o modelo social de deficiência.

A pesquisa qualitativa realizada pode ser explicada por meio de um ciclo, proposto por Minayo (2013), em seu livro “Pesquisa Social, teoria, método e criatividade”. Esse ciclo compreende 3 fases: a fase exploratória, o trabalho de campo e a análise e tratamento empírico e documental. As fases se desenvolveram com base em um cronograma geral que proporcionou uma visão ampla sobre o início, o meio e o fim da pesquisa. Sendo assim, serão explicadas a seguir as três fases do ciclo da pesquisa de forma detalhada para que se compreenda a dimensão metodológica do trabalho apresentado.

4.1 Fase exploratória

A fase exploratória da pesquisa se deu por meio do Projeto de Pesquisa que teve como finalidade a organização dos elementos necessários para a construção do Trabalho de Conclusão do Curso. O Projeto de Pesquisa foi elaborado ao longo do segundo semestre de 2015, sob orientação da Profa. Dra. Livia Barbosa, que segue com a mesma no TCC.

O projeto explorou basicamente a definição do problema de pesquisa - voltado para o modelo social de deficiência com foco nas pessoas com doença crônica. Essa escolha se deu com a observação - durante o estágio obrigatório realizado ao longo do ano de 2014 em uma

clínica de doença renal - sobre as dificuldades encontradas no cotidiano dos pacientes renais crônicos, seja pela limitação da própria doença, no que diz respeito ao tratamento quase diário em uma máquina de hemodiálise, seja pelas barreiras sociais, encontradas fora da clínica. O problema de pesquisa foi mais instigado ao ser estudado o conceito de deficiência em grupo de pesquisa do Departamento de Serviço Social, proporcionado pela Profa. Dra. Livia Barbosa; e quando houve a possibilidade de participação em pesquisa de campo (item 3.2 do capítulo) sobre o Instrumento de Funcionalidade Brasileiro aplicado para fins de Aposentadoria – IF-BrA utilizado pelos peritos do INSS.

Para que o problema de pesquisa fosse solucionado previamente e provisoriamente, foi realizada a hipótese, gerada com base na percepção dos profissionais peritos do INSS acerca do modelo social de deficiência. Dessa forma, a hipótese teve um sentido positivo, onde afirmou que os profissionais peritos estão considerando as pessoas com doenças crônicas que enfrentam barreiras sociais como pessoas com deficiência para que acessem o benefício da aposentadoria da pessoa com deficiência.

Para Minayo (2013: p.44), “o quadro teórico de um projeto representa o conjunto de princípios, definições, conceitos e categorias que articulados entre si formam um sistema explicativo coerente”. Sendo assim, com o problema de pesquisa e a hipótese definidos, foram selecionadas as categorias teóricas para a argumentação e sustentação do Projeto de Pesquisa.

Com a definição dos objetivos da pesquisa, colocou-se a importância dessa pesquisa por meio da Justificativa. A partir daí a metodologia foi elaborada, e como material a ser explorado, foram escolhidos os dados já coletados da pesquisa de campo sobre o IF-BrA nas Agências de Previdência Social (APS) realizada no ano de 2014. Dessa forma, as entrevistas feitas com os profissionais que realizam a perícia médica e a perícia social serão objeto de análise para confirmar ou refutar a hipótese e servirão de instrumento para o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

4.2 Trabalho de Campo

O material coletado para análise é resultado de uma pesquisa realizada no segundo semestre de 2014, que foi coordenada por um conjunto de pesquisadores da Universidade de

Brasília – UnB e encomendada pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). A pesquisa¹⁰ teve como objetivo a validação do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro para fins de Aposentadoria (IF-BrA), utilizado nas perícias para a concessão da aposentadoria das pessoas com deficiência.

A saída de campo foi realizada em duas cidades de cada região do Brasil (norte, sul, nordeste, sudeste e centro-oeste), sendo uma delas em capitais ou em outras cidades metropolitanas e outra no interior. A seleção das cidades pelos coordenadores da pesquisa se deu com base nas particularidades de cada região e com base na disponibilidade de cada APS e de seus servidores em receber os pesquisadores nas datas programadas. Para cada cidade, um pesquisador e um aluno de graduação da UnB foram encaminhados, tendo o aluno o papel de auxiliar o pesquisador nas tarefas demandadas em função da coleta de dados.

Antes da coleta de dados, os pesquisadores principais entraram em contato com a APS a fim de negociar a realização da pesquisa. Ou seja, apesar de serem escolhidos profissionais que realizaram uma capacitação nacional acerca do instrumento, o contato com estes para a explicação da pesquisa quanto ao seu objetivo e seus métodos foi essencial para uma coleta de dados embasada na ética. Assim como foi de fundamental importância a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO II e III), para cada entrevistado, que esteve a todo momento livre para aceitar ou não a sua participação, ou a desistir da mesma.

A pesquisa coletou dados relativos a entrevistas semiestruturadas feitas com os assistentes sociais (ANEXO IV) e com os médicos (ANEXO V) e com os próprios segurados que requeriam o benefício da aposentadoria da pessoa com deficiência; além de serem coletados dados decorrentes de observações quanto à forma como foram realizadas as perícias, registrados em diários de campo. Para o presente estudo, serão utilizados apenas os dados relativos às entrevistas dos profissionais que aplicam o instrumento IF-BrA, para a concessão da aposentadoria da LC 142. Os dados foram delimitados com base no objetivo principal desse trabalho que é o de identificar as possíveis expressões da ampliação do modelo social de deficiência para as pessoas com doença crônica que enfrentam barreiras sociais nas percepções dos profissionais que realizam perícia e avaliação social para fins de concessão do benefício de aposentadoria da Pessoa com deficiência.

¹⁰ A descrição da pesquisa tem como referência o documento submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde (FS) da Universidade de Brasília. O documento foi elaborado pela equipe de coordenadores da pesquisa, e foi um dos procedimentos para que a pesquisa prosseguisse de forma devidamente ética.

A escolha das entrevistas como dados da pesquisa se justifica por se tratar de um instrumento capaz de reconhecer as verdades próprias de cada indivíduo entrevistado, mesmo que, aparentemente, sejam carregadas de influências externas (Cresswell, 2010). Por isso, analisar a percepção dos profissionais sobre o modelo social através da entrevista é um processo que pode produzir um conjunto rico de elementos que confirmam ou refutam a hipótese desse trabalho.

Ao todo, foram realizadas 29 entrevistas com profissionais, sendo 15 de peritos médicos e 14 de assistentes sociais. As entrevistas ocorreram no próprio ambiente de trabalho e foram gravadas para posteriores análises, assim como está sendo nesse trabalho. Os alunos de graduação que acompanharam o trabalho de campo foram responsáveis pelas transcrições das entrevistas.

4.3 Análise e tratamento empírico

As 29 entrevistas foram lidas em 2 blocos: entrevistas de assistentes sociais e entrevistas de médicos (a ordem de leitura dos blocos foi aleatória). Foram consideradas e destacadas as principais categorias que integram esse trabalho, tais como: modelo social, ampliação do conceito de deficiência e doenças crônicas.

Após a separação dessas categorias, de acordo com o contexto das entrevistas, foram elaboradas algumas afirmações acerca das mesmas, que são contrárias ou a favor, concordantes ou não com a ampliação do conceito de deficiência para as pessoas com doença crônica.

Com as afirmações concluídas, o desenvolvimento da análise se deu conforme a teoria utilizada para fundamentar o argumento do estudo, ou seja, o acúmulo teórico do trabalho foi articulado ou integrado às afirmações de forma a compreender o tipo de impacto que as percepções dos profissionais podem ocasionar na vida dos segurados da Previdência Social com alguma doença crônica.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Na pesquisa qualitativa desse trabalho, a análise de dados foi realizada com as informações fornecidas pelos profissionais entrevistados. Para isso, envolveu um processo contínuo de reflexão dos dados (Cresswell, 2010). O processo inicial, tal como sugere o autor, foi realizado por meio da *codificação*, onde foram organizados os dados em blocos para facilitar a atribuição de significados aos elementos das entrevistas.

A partir disso, a análise se desenvolveu em diversos itens de reflexão, elencados adiante.

5.1 Percepção dos profissionais sobre Doenças crônicas e Deficiência

Para a análise dos dados coletados foi necessária a leitura completa de todas as entrevistas realizadas com Assistentes Sociais e peritos Médicos que realizam a avaliação para fins da aposentadoria da pessoa com deficiência, de forma a detectar qualquer percepção desses profissionais sobre a relação entre deficiência e doenças crônicas. Os tipos de dados destacados das entrevistas para a análise desse trabalho foram diversos, variando desde a referência direta da relação entre deficiência e doenças crônicas, até a realização ou não de capacitação para aplicação do instrumento de avaliação. Sendo assim, o primeiro ponto na análise se refere ao que está aparente, ou o que se observa facilmente sobre o termo *doenças crônicas* nas entrevistas.

Das 29 entrevistas analisadas, em 4 (sendo 1 de Assistente Social e 3 de Médicos) se observa a percepção dos profissionais quanto à doença crônica como deficiência explicitamente. Isso possibilita a conclusão de que, em uma perícia ou avaliação social, esses profissionais possivelmente considerariam uma pessoa com doença crônica com restrição de participação como uma Pessoa com Deficiência. Um exemplo disso se dá quando um dos médicos entrevistados considera na sua avaliação os impedimentos e os agravamentos que a pessoa com doença crônica pode sofrer. Outro médico faz uma crítica ao instrumento que deixa de fora as pessoas com doença crônica pela classificação delimitada em física, motora, sensorial e mental da deficiência, e faz um questionamento: “*Onde eu vou encaixar uma insuficiência renal?*” E uma Assistente Social que antes via as pessoas com doenças crônicas apenas como vulneráveis, mas que agora compreende que, por conta da condição de saúde, essas pessoas podem não participar socialmente das atividades ou dependem de outra pessoa ou de uma adaptação para participarem.

O número superior de médicos em relação ao número de assistentes sociais que demonstraram explicitamente a relação entre doenças crônicas e deficiência, pode significar o quanto o novo paradigma do conceito social de deficiência é passível de compreensão, especialmente para o profissional da medicina, cuja formação inclui uma ciência que se diz intocável e distante do “quadro social e cultural” (Le Breton, 2013: p. 282), e que trata apenas do corpo doente, deixando de lado o indivíduo a quem pertence tal corpo e suas singularidades.

Embora nas outras 24 entrevistas não tenha ocorrências explícitas da ampliação do conceito de deficiência para as pessoas com doença crônica, isso não significa que os profissionais entrevistados não entendam tal ampliação. Algumas hipóteses podem ser levantadas para a não referência direta das doenças crônicas. Uma delas se refere ao contexto das entrevistas que foi diversificado; algumas entrevistas tiveram mais tempo de fala, outras menos (em muitos casos, as entrevistas eram realizadas no intervalo entre uma perícia e outra, tendo o pesquisador pouco tempo para a realização das mesmas, o que permitia o destaque somente das principais questões do roteiro de entrevista, principalmente questões sobre o IF-BrA). Conforme Godoy (1995), em uma pesquisa qualitativa, uma compreensão ampla do que se estuda é feita pela consideração de todos os elementos envolvidos na coleta de dados. A autora afirma que “o ambiente e as pessoas nele inseridos devem ser olhados holisticamente: não são reduzidos a variáveis, mas considerados como um todo. Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados ou produto.” (1997, p. 62-63). Ou seja, os tempos de entrevistas apresentados de formas variáveis, significa um importante elemento para a interpretação de dados, uma vez que interfere na conclusão sobre as percepções dos profissionais, objetos de análise.

Apesar de a construção do modelo social de deficiência ter sido originada na década de 1960, com algumas adaptações e críticas realizadas ao longo do tempo até os dias atuais, o entendimento sobre a deficiência por grande parte da sociedade ainda não alcançou o significado expressivo e justo desse modelo. É certo que ganhou visibilidade e um patamar diferenciado recentemente, com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, que responsabilizou as nações participantes pela elaboração e manutenção de políticas públicas visando o pleno exercício dos direitos relativos às pessoas com deficiência, de forma a considerarem a característica da pluralidade dos seres humanos. Porém, ainda há desafios para a compreensão da deficiência como resultado de práticas sociais.

Em vista disso, outra hipótese para a não referência direta da doença crônica é a baixa procura dos doentes crônicos pelo benefício da aposentadoria das pessoas com deficiência, mesmo que sofram restrição de participação. Procura essa que pode ser justificada pela pouca divulgação, tanto da LC 142/13, quanto do conceito ampliado de deficiência que a lei adota.

Também pode ser uma possibilidade a pouca experiência dos profissionais na realização da perícia e da avaliação social de segurados com doenças crônicas (inclusive pelo hipótese levantada anteriormente) que, dessa forma, não tiveram parâmetros que justificassem suas falas sobre essas pessoas nas entrevistas, mesmo compreendendo o modelo social de deficiência.

Ou talvez, pode ser uma explicação para a falta de discursos sobre a doença crônica nos dados coletados, a baixa requisição do benefício pelas pessoas com doença crônica por não possuírem os requisitos mínimos relacionados ao tempo de contribuição, exigidos pela LC 142 para o direito ao benefício da aposentadoria da pessoa com deficiência.

Apesar dessas questões, as falas dos profissionais remetem a uma concepção mais ampla da deficiência e guiam para o entendimento de que as suas avaliações sobre possíveis demandas de pessoas com doença crônica para o benefício da aposentadoria da pessoa com deficiência tendem a incluí-las como tal. Entre essas falas, está a de uma Assistente Social na qual afirma que:

Não é só uma dificuldade física, uma limitação física. Não. Pessoa que, por causa da condição de saúde, não consegue participar. Tem as atividades cerceadas ou precisam de ajuda de alguém ou precisam de adaptações, isso não é restrito às deficiências clássicas.

E também tem destaque a fala da Assistente Social que se refere aos atendimentos realizados e acompanhados pelos pesquisadores: “...porque elas têm um elemento que não estão só nelas, não está só no corpo delas, está também na forma como elas interagem socialmente e nas restrições de participação.”

Outro ponto relevante quando se coloca a percepção dos profissionais acerca da deficiência ampliada para as pessoas com patologias crônicas é o fato de ser recente a criação da LC 142, que estabelece a aposentadoria da pessoa com deficiência, com menos de 3 anos de vigência. Consequentemente, a aplicação da LC pelo INSS ainda está em fase inicial e, pode ter um desafio a mais com o conceito de deficiência adotado em conformidade com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que para a maioria das pessoas é uma novidade.

Isso foi observado nas falas de alguns profissionais que afirmam ter mudado suas visões acerca do conceito de deficiência, principalmente por conta do que foi passado nas capacitações realizadas em algumas regiões do Brasil para a aplicação do instrumento IF-BrA¹¹ na avaliação do grau de incapacidade das pessoas com deficiência, requerentes da Aposentadoria. Uma das falas, referente ao profissional de medicina, diz que *“O que foi interessante nessa capacitação e nos conceitos que a gente acabou vendo lá, foi mudar um pouquinho a ótica do que a gente entendia por deficiência.”* Ele destaca que a formação dele tinha a visão bem clássica da deficiência, e complementa: *“Mas confesso que tenho ainda um pouquinho de resistência em assimilar alguns conceitos ou alguma maneira de interpretar isso.”* Explica que por ser um conceito bem mais amplo, a área médica que sempre tem um foco na doença, na patologia, é desafiada quando a ampliação tem uma visão *“do social, do que limita a pessoa nas outras atividades que não do trabalho, que não na questão só daquela doença.”*

Com a construção de novos estudos sobre a deficiência desde a década de 1960, o conceito predominantemente pautado no modelo biomédico encontra um desafio principalmente na formação e na atuação médicas, tal como às do profissional¹² citado acima. O olhar clínico com sua verdade própria reconhece a verdade das coisas (Foucault, 1977). Assim, encontra no modelo social de deficiência elementos que o faz refletir sobre a deficiência como uma opressão ao corpo, não como uma tragédia pessoal que necessita de normalização. Nesse sentido, Barbosa, Diniz e Santos (2009: p. 385) observam que *“o discurso sobre a deficiência passa a ser arena de disputa quando a doença ou o impedimento corporal desafia a compreensão tradicional proposta pelo modelo biomédico, mesmo nos espaços ocupados por profissionais da medicina.”* E isso fica evidente quando o médico assume sua resistência quanto aos conceitos trazidos pela LC 142/13.

Em relação aos conhecimentos passados pelo INSS, pelo menos outros 6 profissionais afirmaram que a capacitação interferiu na mudança de visão deles sobre a deficiência. Uma Assistente Social afirma que só entendeu o conceito de deficiência do modelo social depois que começou a trabalhar no INSS. Outra profissional, médica, comentou que depois da capacitação,

¹¹ A capacitação foi realizada no ano de 2013, no mesmo ano de regulamentação da Lei Complementar 142/2013. Ela foi oferecida pelo próprio INSS, que conta com um programa específico de educação, o Programa Anual de Educação (PAE), por meio do qual se promove a qualificação dos servidores do INSS, contribuindo para a *“valorização do servidor e melhoria contínua dos serviços prestados.”* (p. 5) Além das capacitações presenciais realizadas, os servidores têm acesso a um curso na modalidade de ensino à distância sobre a Aposentadoria Previdenciária às Pessoas com Deficiência, com carga horária de 10 horas (p.26).

¹² O profissional afirma ter 20 anos de formação em medicina.

entendeu a que veio a Convenção e pôde, assim, fazer uma avaliação diferente. E outra médica conta que “*esperava o conceito de deficiência das capacitações totalmente diferente*”, e que não tinha a noção do conceito da Convenção, mas agora inseriu um novo contexto para ela.

Esses aspectos demonstram a importância do conhecimento passado nas capacitações para a compreensão da deficiência como uma consequência da restrição de participação e de atividades cotidianas de uma pessoa com impedimentos, independentemente de serem eles aparentes ou não. O que dá às pessoas com doenças crônicas a chance de se aposentarem pela aposentadoria da pessoa com deficiência.

E, por considerarem importantes as capacitações, alguns profissionais observaram a quantidade insuficiente das mesmas para a compreensão efetiva do instrumento IF-BrA relacionado ao conceito social de deficiência. Isso se faz coerente com a realidade dos profissionais, principalmente partindo do pressuposto de que a formação dos médicos pode ter sido voltada somente para a compreensão do corpo com alguma patologia quando se identifica uma deficiência, desconsiderando as barreiras sociais encontradas pelas pessoas a quem pertencem tais corpos.

Ainda que a capacitação tenha levado aos profissionais Assistentes Sociais e Médicos do INSS uma visão social de deficiência, e que alguns deles tenham afirmado que mudaram o conceito de deficiência, algumas sugestões de compreensão da deficiência de modo ainda confuso se observa nas entrevistas. Isso acontece, talvez, por conta do desafio causado pelo paradigma construído pelo modelo social de deficiência. Uma das falas que marcam esse processo de confusão é feita por uma Assistente Social que diz ser uma pessoa com deficiência “*aquela com limitações, física, visual, mental...limitações que atrapalham ela nas atividades do dia a dia.*” Ou seja, para essa profissional, a deficiência é causada pelo impedimento do corpo, sendo este o responsável pelas barreiras enfrentadas. Diferentemente do que se entende pelo modelo social, que defende serem as barreiras sociais e a opressão vivenciadas pelas pessoas com impedimento corporal as responsáveis pela restrição de participação e de atividades cotidianas.

Outro exemplo é encontrado na entrevista de um médico que diz ser possível que a obesidade mórbida seja considerada como deficiência, dependendo do quanto ela (a doença) interfere na vida social, política, afetiva e do trabalho. Ou seja, para esse médico, a obesidade mórbida é a responsável pela restrição de participação social, ignorando a responsabilidade de uma sociedade que deve considerar a diversidade humana.

Há também na interpretação dos dados, a constatação de um médico de que o preconceito não interfere na capacidade de trabalho de uma pessoa com deficiência. Tal afirmação vai contra a essência da conceituação social de deficiência, uma vez que o preconceito é um dos elementos de opressão e discriminação das pessoas com deficiência.

Bandeira e Batista (2002) colocam que, em um contexto de emergência das diferenças percebidas pela sociedade, a discriminação e a exclusão são produzidas por um preconceito contra as pessoas vulneráveis, ditas “minorias”. Elas explicam que o preconceito se alimenta de um tipo de poder predominante, onde as pessoas que o possuem veem as diferenças como uma ameaça à sua dominação, discriminando, oprimindo e excluindo qualquer possibilidade do que não é “normal”.

Por isso, a capacidade para o trabalho pode sofrer interferências advindas de preconceitos sofridos dentro ou fora dele. Se uma pessoa com deficiência não está em igualdade de condições com as demais em um ambiente de trabalho, ela está se tornando menos capaz para o trabalho pela instituição empregadora. E essa situação pode ocorrer em virtude da prática de discriminação e exclusão das diferenças. E, para além do aspecto visível da capacidade, o preconceito pode ser um elemento psicologicamente relevante para o desenvolvimento da incapacidade para o trabalho.

A categoria do preconceito é fundamental na discussão das doenças crônicas como deficiência, uma vez que as pessoas com algum tipo de patologia crônica podem sofrer restrição de participação, pela discriminação. Um exemplo disso é o preconceito praticado contra as pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, refletindo diretamente em suas vidas cotidianas. Maliska et al. (2009, p. 86), em artigo sobre as *Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/Aids*, colocam que a Aids “tem sido muito mais expressiva do ponto de vista psíquico, social, cultural, político e econômico do que propriamente biológico”, isso porque o conhecimento do diagnóstico produz o sentimento do medo de preconceito e julgamentos da sociedade.

Portanto, o preconceito no conceito de deficiência do modelo social é uma das barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência que as impedem de participar em condições de igualdade com as demais pessoas (Brasil, Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, 2007).

Em outro destaque nas entrevistas analisadas, observou-se que, mesmo com a impossibilidade de identificar o contexto da fala, um exemplo de doença crônica relacionado

ao *Diabetes Mellitus* foi considerado por uma profissional como caso para outro benefício da Previdência Social, que não a aposentadoria da pessoa com deficiência: o auxílio-doença.¹³

O que deve ser considerado em uma perícia ou avaliação social é a forma pela qual a diversidade humana é ampla. O *Diabetes Mellitus*, de acordo com o Ministério da Saúde (2006) é causado principalmente pelo envelhecimento populacional, pela crescente urbanização, pelos estilos de vida pouco saudáveis adotados, entre outros. É uma doença que pode causar complicações, como as doenças cardiovasculares, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias de amputações de membros inferiores, além de cegueira irreversível. Mas também pode ser bem controlada com tratamentos adequados.

A pessoa diabética, embora totalmente capaz para o trabalho, pode vivenciar restrições de participação tanto quanto uma pessoa com deficiência clássica. Um cadeirante que não consegue emprego pela sua condição física sofre igual restrição do diabético que realiza diálise 3 vezes por semana a cada 4 horas (no mínimo) e que é dispensado do trabalho por não estar presente nos horários determinados pelo empregador.

Em vista disso, mesmo que o *Diabetes Mellitus* seja caso de auxílio-doença, conforme a profissional afirmou, por se tratar de um benefício de incapacidade para o trabalho, pode ser que esse benefício não seja concedido à pessoa acometida pela doença, uma vez que portá-la não significa estar incapacitada para o trabalho.

Importante observar que algumas doenças crônicas podem estar associadas a outro tipo de deficiência, tal como a cegueira irreversível ocasionada pela *Diabetes Mellitus* ou a perda de um membro inferior, causando algum tipo de dependência de terceiros ou alguma necessidade de adaptação. O que deve ser considerado como um agravante no momento de avaliar o grau da deficiência para a concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência.

Como elemento para início dessa análise de dados, a categoria “doença crônica” explicitamente citada, mesmo que de maneira escassa, possibilitou a conclusão de que a ampliação do conceito de deficiência do modelo social está acontecendo em algumas perícias e avaliações sociais. Outros elementos para análise serão explorados no item 4.2, com o objetivo complementar a noção do conceito já identificada.

¹³ O Auxílio-Doença é um benefício previdenciário destinado àqueles segurados “acometidos por uma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o trabalho”. (Brasil, Ministério da Previdência Social, 2016: disponível em: <http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/mais-procurados/auxilio-doenca>)

5.2 Observações dos profissionais que podem interferir na avaliação da pessoa com doença crônica:

5.2.1 Um futuro desconsiderado

Para alguns profissionais entrevistados, o instrumento de avaliação da pessoa com deficiência não considera o futuro das pessoas avaliadas para a definição do grau da deficiência. Um dos exemplos dados foi em relação à Esclerose Múltipla, que é degenerativa e pode causar restrições ainda maiores a quem a possui com o passar do tempo.

A EM é uma doença crônica e tem início geralmente em adultos por volta dos 20 a 30 anos (Sadiq, 2005, p. 871). A evolução da EM parte de uma doença benigna, com pouquíssimos sintomas, mas se torna progressiva e rapidamente incapacitante, com lesões cerebrais múltiplas. Entre os sintomas mais destacados pela ciência neurológica (Dawson, 2007, p.175) estão o comprometimento da ação de andar, a redução da visão, dor, perda do controle da bexiga, assim como perdas ou alterações na função cognitiva. Alterações psicológicas também são colocadas como sintomas, tais como estresse, raiva, que desencadeiam a depressão. Além disso, a EM pode gerar surtos, sendo que o seu portador deve adaptar-se após cada um deles. Essa adaptação deve ser feita sob as várias dimensões da vida, isso inclui a adaptação aos sentimentos de medo e angústia, adaptação física, e adaptação social (Bertotti; Lenzi; Portes, 2011). Ou seja, pode o portador dessa doença ter que se adaptar ao meio social em que vive para conseguir participar do mesmo. E ao mesmo tempo, podem existir casos em que pessoas com EM não possuam condições para adaptações constantes e cada vez mais intensas, por conta das condições físicas, psicológicas e até socioeconômicas.

Portanto, as críticas dos profissionais que observaram no instrumento de avaliação do grau da pessoa com deficiência a não consideração do futuro do segurado, como exemplo a característica degenerativa da EM que poderia ser um fator agravante na definição do grau de deficiência, se fazem pertinentes. Afinal, este indivíduo pode não conseguir trabalhar igualmente depois de um determinado tempo.

5.2.2 Dependência de Terceiros

Outro ponto criticado pelos profissionais é sobre a dependência de terceiros colocada pelo instrumento como fundamental para a definição dos graus da deficiência. Para uma das

Assistentes Sociais, falta considerar no instrumento não só a dependência de terceiros, mas também outros fatores que interferem diretamente na vida cotidiana das pessoas com deficiência, tal como a condição socioeconômica.

Do ponto de vista da interferência da dependência de terceiros na vida cotidiana das pessoas com doenças crônicas, existe a possibilidade de ser um elemento importante na definição do grau da deficiência, uma vez que algumas doenças crônicas causam dependência, como nos casos de EM mais avançados, em que os indivíduos necessitam de ajuda para andar, para comer, para se vestir, etc; ou nos casos de sujeitos que perderam a visão ou até mesmo algum membro do corpo em virtude da *Diabetes Melittus* e que dependem de outras pessoas ou de adaptações específicas para andar nas ruas. Porém, não é o que acontece no caso de uma pessoa com o diagnóstico do vírus HIV/Aids, que não depende de terceiros na realização de suas atividades, e que provavelmente não obterá pontuação equivalente às suas restrições de participação oriundas de outras barreiras e que não, necessariamente, causem dependência.

Esse elemento na pontuação da gradação da deficiência pode estar tirando de um indivíduo um direito que lhe é devido, mas que pelos critérios de um instrumento não consegue ter acesso a ele.

5.2.3 Inacessibilidade da rede de políticas públicas como barreira social

Outro ponto importante para a análise é a consideração de alguns profissionais sobre a limitação do acesso à rede (vista como uma integração de políticas públicas) como uma possível barreira social para as pessoas com deficiência. Na fala de uma Assistente Social fica clara essa percepção:

Acho que cada caso é um caso. Cada realidade é uma também, porque a deficiência não está também atrelada só ao corpo, tem a questão da deficiência da rede dos serviços, da rede de proteção social. Então, uma vez que a pessoa tenha problema de coluna e aí considera que ela tem condições de recuperar, se recuperar, voltar a trabalhar, mas a rede não oferece um serviço de reabilitação, ela não tem condições de se recuperar. Então ela vai permanecer naquela situação pelo mau funcionamento dos serviços públicos porque ela não pode ter acesso aos particulares muitas vezes.

As políticas públicas, voltadas para as pessoas com deficiência tem um papel fundamental na participação social de seu público-alvo. Apesar disso, a falta de acesso às políticas pode não significar uma restrição de participação que caracterize a deficiência. Ou seja, a falta de acesso à rede de políticas públicas não impede as pessoas com deficiência de

participarem em igualdade com as demais pessoas na sociedade. O que pode ser uma barreira social que a impede de participar, em relação à falta de acesso às políticas públicas, é a falta do serviço prestado responsável pela inclusão da pessoa na sociedade. Dessa forma, quando uma pessoa com insuficiência renal, por exemplo, que precisa ou deseja viajar por mais de 7 dias para uma cidade e se informa de que seu destino não tem uma clínica de hemodiálise para realizar suas 3 sessões semanais, se vê impossibilitada de realizar tal atividade, caso contrário está assumindo o risco de morte pelo excesso de água no corpo não filtrado pelos rins.

Quando a falta de políticas públicas gera consequências como essas para as pessoas com deficiência, ela se qualifica como uma barreira social que oprime e impede a livre participação da vida social dessas pessoas. E, quando o instrumento não abrange esse tipo de elemento, também está excluindo as pessoas merecedoras do benefício.

5.2.4 Subjetividade do IF-BrA

Mesmo com diversas críticas a alguns aspectos do instrumento, muitos profissionais colocaram que o instrumento é mais completo e por isso abrange mais pessoas que os instrumentos aplicados para outros benefícios no INSS, tal como o do Benefício de Prestação Continuada – BPC. Uma Assistente Social argumenta que:

Em termos de anamnese, eu acho que o IF-BrA é mais completo, porque ele questiona mais atividades, mais áreas da vida. O BPC, ele foca determinadas doenças. Por exemplo, uma pessoa que tem câncer é difícil pontuar no BPC, porque lá ele pergunta: “a pessoa tem dificuldade para se comunicar? A pessoa tem problema para se locomover? Tem dificuldade para realizar a rotina diária?”. Mas às vezes, uma pessoa que está com câncer ela está realizando suas atividades diárias, ela se locomove bem, se comunica bem e não significa que a atividade de participação seja plena. Mas você não tem uma descrição tão boa igual ao do IF-BrA para poder enquadrar essas pessoas.

Dessa forma, se observa que apesar de o instrumento ser pouco explorado nas questões relativas às pessoas com alguma doença crônica, ele também é a forma que mais considera as barreiras sociais vivenciadas pela condição crônica de saúde.

Nesse mesmo sentido, em duas vezes o caráter da subjetividade do instrumento foi colocado como algo positivo, de modo a ampliar o conceito de deficiência na avaliação, porque “ele é mais humano” (Médica) e considera “valores, socialização, relações sociais” (Assistente Social), que vão além do aspecto físico. A continuação da fala da Médica explica as características humana e subjetiva do instrumento:

É isso que eu entendi que deve ser buscado sempre nesse benefício. É a subjetividade e os vários aspectos desse impedimento na vida da pessoa. Às vezes até parece um pouco ilógico, talvez alguns segurados até vão dizer assim “não doutora, mas não tem nada a ver o meu olho com o meu relacionamento”, talvez para aquele segurado, mas para outro tenha. E é isso que você tem que buscar, esse impedimento e qual o grau em todos os campos da vida desse segurado. Então é um tipo de benefício muito mais minucioso relacionado a uma subjetividade e a pessoa que está questionando aqui, ela tem que sair da objetividade porque senão ela vai pontuar de modo inadequado.

Assim, a categoria da subjetividade empregada nessas entrevistas se refere à possibilidade de se considerar a diversidade humana explorada pelo conceito social de deficiência adotado na execução do benefício.

Quando a subjetividade é empregada de forma diferente pelos profissionais, eles a colocam no contexto da atribuição de graus à deficiência. E explicam que têm dificuldade de definir se a deficiência do segurado é leve, moderada ou grave por ser algo subjetivo, que varia de pessoa para pessoa.

Em ambas as percepções sobre a subjetividade, mesmo que uma delas a atribua à dificuldade de realizar a avaliação, a presença de uma concepção de deficiência que considera todas as dimensões da vida do segurado em avaliação, seja ela física, psíquica ou social, é notável.

5.2.5 Desigualdade como agravante da deficiência

Para uma Médica, as desigualdades sociais no país acarretam deficiências maiores para pessoas com algum tipo de impedimento. Ela se explica dizendo que, em um país como o Brasil, com muitas discrepâncias, as barreiras são muito maiores para aquelas pessoas que são pobres. Ou seja, uma pessoa pobre que não tem condições econômicas de comprar medicamentos, de ter o melhor tratamento, ou de adquirir meios para a adaptação, pode ter sua participação social restrita, vivendo somente no seu ambiente privado.

A pobreza associada à deficiência possui um debate quanto à forma pela qual a pobreza é responsável pela deficiência, uma vez que, sem condições econômicas, os indivíduos não conseguem evitar seu surgimento; e quanto à deficiência que levaria um indivíduo à pobreza, pelas oportunidades econômicas e sociais limitadas pela sociedade (França, 2014). Porém, o autor afirma que, “para o estudo de como a pobreza desencadeia maior ocorrência da deficiência deve-se examinar a origem da deficiência.” (p.105).

Fatores como a saúde, principalmente na infância, são destacados na associação da pobreza com a deficiência no estudo de França (2014). Isso porque, na medida em que a pobreza restringe o acesso a bens e serviços de saúde (nos casos, por exemplo de um bebê) fundamentais em uma das fases mais frágeis do ser humano, que é a infância, impossibilita a adoção de medidas saudáveis o suficiente para evitar um impedimento corporal.

Ao contrário, o autor complementa dizendo que a deficiência pode ser fonte para o risco à pobreza, pois causa um impacto no orçamento individual ou familiar, uma vez que é possível um alto custo gerado pelo impedimento do corpo ou uma restrição aos ganhos proporcionados pelo trabalho, situações que não se excluem e podem ocorrer juntas.

Nesse sentido, a pobreza, assim como para as deficiências clássicas, pode significar também um fenômeno importante da identificação da deficiência na vida das pessoas com doenças crônicas. Para Barnes (2013), as maiores causas dos impedimentos são pobreza, violência, poluição, envelhecimento, que são intrínsecas à sociedade, ou seja, são construídas socialmente. O autor dá um exemplo de que os impedimentos poderiam ser eliminados, se as pessoas não fossem pobres. Porém, além de não erradicar a pobreza, a sociedade não aceita as diferenças que são próprias dos seres humanos.

Esses foram os elementos complementares à análise principal que focou no objeto de estudo sobre as percepções profissionais dentro do INSS sobre as doenças crônicas associadas à deficiência.

CONCLUSÃO

O trabalho possibilitou refletir sobre a complexidade que é o ser humano e o quanto essa característica torna a população mundial diversificada. Mas para além dessa reflexão, foi preciso pensar na dimensão dessa diversidade dentro de um sistema opressor e que visa principalmente o lucro, acima de qualquer outra intenção, sistema este denominado Capitalismo.

Pensar a realidade vivida pela pessoa com deficiência em uma sociedade que não se importa com a diversidade da espécie humana, é saber que o sistema capitalista adotado por essa sociedade não as vê como produtoras de *mais-valia* (Marx), elemento essencial para a geração de lucros, e por isso, não lhe é interessante a formulação de políticas públicas que garantam proteção social e a participação dessas pessoas.

Em entrevista realizada com Barnes por Diniz (2013), o teórico afirma que todas as pessoas são potencialmente pessoas com deficiência, porque o impedimento faz parte da característica humana de forma inevitável, uma vez que todos adquirem impedimentos com o envelhecimento. Ele sugere que a eliminação desses impedimentos ou a aceitação das diferenças é possível por parte da sociedade, porém nenhuma das opções são praticadas por ela, resultando no desenvolvimento de diferentes tipos de deficiência.

A evolução da compreensão sobre a realidade dos indivíduos com deficiência elaborada pelo modelo social representa algo nunca antes imaginado pela sociedade e principalmente pelas ciências médicas. As pessoas com deficiência, por meio desse conceito, passaram a ter voz, a sair do ambiente meramente privado, a ter oportunidades de trabalho acessíveis, a ter o direito a uma dignidade humana, impensáveis nos séculos passados.

E representando um avanço ainda maior, a diversidade humana, compreendendo cada singularidade e cada realidade vivenciada, foi considerada por uma noção ampliada do que a deficiência pode ser. Tal como coloca Barnes (2013), talvez não fosse necessário todo esse debate sobre a deficiência, se as diferenças fossem indiscutivelmente elementos naturais, elementos próprios da natureza humana.

Enquanto a sociedade decidir por tornar a diferença um objeto para exclusão, os movimentos em favor dos direitos humanos permanecem atuantes em busca de instrumentos que garantam um mínimo para as minorias oprimidas, ou pelo menos um mínimo de justiça social que promova a dignidade humana.

É por meio desse debate que a LC 142/13 surge como um direito imprescindível para a vida de qualquer trabalhador: a aposentadoria. E, nada mais do que justo que essa aposentadoria seja diferenciada para as pessoas com deficiência, que vivenciam uma vida repleta de desafios, barreiras, preconceitos, discriminações e privações.

Adotando o modelo social de deficiência, a LC compõe um dos primeiros aparelhos jurídicos a enxergar a deficiência não como uma tragédia pessoal, individual, mas como uma consequência de uma sociedade insensível às diferenças, não só daquelas pessoas com deficiências clássicas, mas também daquelas pessoas que possuem algum tipo de doença crônica.

Nesse sentido, através da pesquisa realizada para validar o instrumento que estipula o grau de deficiência para a concessão do benefício da aposentadoria da pessoa com deficiência, foi identificada uma possível contribuição do conceito ampliado de deficiência para as pessoas com doenças crônicas na visão dos profissionais que aplicam o instrumento de avaliação.

Observou-se que, embora existiam ainda algumas confusões e resistências quanto ao conceito de deficiência nas percepções dos profissionais, o entendimento do conceito de deficiência do modelo social é majoritário e tem como principal critério a categoria da restrição de participação, inclusive quando relacionada ao cotidiano das pessoas com doenças crônicas.

Portanto, a hipótese apresentada no início do desenvolvimento desse Trabalho de Conclusão de Curso como sendo a de que os profissionais que realizam perícia para a concessão da Aposentadoria para Pessoas com Deficiência garantida pela Lei Complementar nº 142 de 2013 adotam, em suas avaliações, o modelo social de deficiência que amplia a deficiência para as pessoas com doenças crônicas que sofrem restrição de participação foi confirmada por meio da análise dos dados coletados. O que demonstra uma intenção real por parte desses profissionais de proporcionar a essas pessoas uma vida digna, equivalente às vidas das demais pessoas da sociedade.

Porém, muito ainda se deve mudar. E é importante observar que a LC 142 é passível de inúmeros desafios para alcançar seus objetivos. Mas mais do que isso a lei é um instrumento do Estado que trabalha para o sistema capitalista e, sendo assim, pode ser tão perversa quanto no momento de excluir pessoas merecedoras do usufruto do benefício por ela garantido às pessoas com deficiência.

E quando o foco está nas pessoas com alguma doença crônica, e que se equiparam às pessoas com deficiência pela opressão social e restrição de participação que vivenciam, deve-se considerar que a LC pode não estar preparada para pensá-las como sujeitos que possuem o direito da aposentadoria da pessoa com deficiência, representando então um desafio enorme para essas pessoas, para o executor da política pública nos níveis Federal, Estadual, Municipal e Distrital, e para os profissionais que aplicam o instrumento de avaliação.

Dessa forma, mesmo que a LC represente significativo avanço no que tange aos direitos da pessoa com deficiência, ainda existem desafios com dimensões que não podem ser mensuráveis, onde a complexidade de mudanças deve alcançar todo um sistema social, econômico e cultural. Ou seja, é um processo longo e árduo, com muitos obstáculos a serem ultrapassados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Código de Ética do/a assistente social. *Lei n. 8662/93 de regulamentação da profissão*. 10ª ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

_____. *Decreto Legislativo n. 186, de 10 de julho de 2008*. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 20 de março de 2007. Brasília: Senado Federal, 2008.

_____. *Decreto Legislativo n. 6949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso em: 25 de abril de 2016.

_____. *Deficiência e Políticas Sociais – entrevista com Colin Barnes*. *SER Social*, Brasília, v.15, n. 32, p. 237-251, jan./jun. 2013.

_____. *Lei Complementar n. 142, de 8 de maio de 2013*. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS. Brasília: Senado Federal, 2013.

_____. Lei n. 7713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7713.htm Acesso em 02 de julho de 2016.

_____. Lei n. 8036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8036consol.htm Acesso em: 02 de julho de 2016.

_____. Lei n. 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm Acesso em: 02 de julho de 2016.

_____. Lei nº 4.887, de 13 de julho de 2012. Altera dispositivo da Lei nº 4.317, de 9 de abril de 2009, que institui a Política Distrital para Integração da Pessoa com Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/sinj/> Acesso em: 02 de julho de 2016.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Auxílio-doença. Disponível em: <http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/maisprocurados/auxilio-doenca> Acesso em: 25 de junho de 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica. n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília – DF, 2006.

_____. Plano Anual de Educação do INSS. Centro de Formação e Aperfeiçoamento do INSS / Diretoria de Gestão de Pessoas – DGP. Brasília, 2016.

_____. *Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP n. 1 de 27 de janeiro de 2014.* Aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo para efeitos do Decreto n. 3048, de 6 de maio de 1999.

_____. Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 27 de abril de 2016.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos/SDH. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília, 2014.

_____. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (2008). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios / PNAD. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2010.

_____. *Viver sem limites – Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência* / Secretaria de Direitos Humanos (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2013.

_____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia> Acesso em: 03 de junho de 2016.

ABBERLEY, Paul. El concepto de opresión y el desarrollo de uma teoría social de la discapacidad. In: BARTON, Len. Superar las barreras de la discapacidad. Madrid: Ediciones Morata, 2008.

BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Analía. Preconceito e discriminação como expressões de violência. *Rev. Estud. Fem.* v.10, n.1, Florianópolis. Jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11632.pdf> Acesso em: 03 de julho de 2016.

BARBOSA, Livia; DINIZ, Débora; SANTOS, Wederson. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 8, n.2, p. 377-390. jul./dez. 2009

BARROS; Marilisa et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4. p. 911-926. Rio de Janeiro, out./dez. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014> Acesso em: 25 de junho de 2016.

BERTOTTI, Ana Paula; LENZI, Maria Celina; PORTES, João Rodrigo. O portador da Esclerose Múltipla e suas diversas formas de enfrentamento frente à doença. *Barbaroi*, n.34, Santa Cruz do Sul, jan./ jun. p. 101-124, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/> Acesso em: 28 de junho de 2016

CRESSWELL, John. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2010.

DINIZ, Debora. *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense, 2007 (Coleção Primeiros Passos; 324)

_____. SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2589-2596, nov. 2007.

FOUCAULT, Michael. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANÇA, Tiago. Deficiência e pobreza no Brasil: a relevância do trabalho das pessoas com deficiência. 2014. 311 f. Tese de doutoramento em Sociologia. Universidade de Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/> Acesso em 26 de junho de 2016.

FREITAS, Maria Célia; MENDES, Maria Manuela. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. Pesquisa sobre a visão de diferentes autores sobre a doença crônica, complementares entre si. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 julho-agosto; v. 15, n. 4 Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: 27 de abril de 2016.

GODOY, Arilda. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE Artigos*. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63. Mar./abr. 1995.

GOFFMAN, Erving. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. LTC. Brasil, 1981.

LE BRETON, David. Antropologia do corpo e modernidade. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 11-13.

LISBOA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Organização Mundial da Saúde – OMS. Direção-geral da Saúde. Lisboa, 2004.

MALISKA, Isabel et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/Aids. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 85-91, mar. 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5966>. Acesso em 27 de junho de 2016.

Manual do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br): elaboração de instrumento de classificação do grau de funcionalidades de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros. Instituto De Estudos Do Trabalho E Sociedade (IETS), 2012.

MINAYO, Maria Cecília S (org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade. 33ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MORAES, Reginaldo. Reformas neoliberais e políticas públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações Estado-sociedade. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 13-24.

NUSSBAUM, Martha. Fronteiras da Justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento a espécie. Maria Fontes: São Paulo, 2013.

ONU. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: <http://www.un.org/disabilities/convention/convention.shtml>. Acesso em: 16 de junho de 2016.

SANTOS, Wederson; DINIZ Débora; PEREIRA, Natália. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. *Reciis*, v. 3, n. 2, p. 501-219, set. 2008.

SAQUID, Saud. Esclerose Múltipla. In: ROWLAND, Lewis; PEDLEY, Timothy. Tratado de Neurologia. 12ª Ed. 2005.

SILVA, Lúcia Lopes da. Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para a universalização. 2011. Tese de Doutorado em Política Social. Universidade de Brasília, Brasília. (p. 89-106)

WENDELL, Susan. Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illness as Disabilities. *Hypathia*, v. 16, n. 4, 2001.

ANEXO I – IF-BrA

IF-Br: Atividades e Participações	Pontuação	Barreira Ambiental*				
		P e T	Anb	A e R	At	S S e P
1. Domínio Sensorial						
1.1 Observar						
1.2 Ouvir						
Pontuação - Domínio Sensorial						
2. Domínio Comunicação						
2.1 Comunicar-se / Recepção de mensagens						
2.2 Comunicar-se / Produção de mensagens						
2.3 Conversar						
2.4 Discutir						
2.5 Utilização de dispositivos de comunicação à distância						
Pontuação - Domínio Comunicação						
3.Domínio Mobilidade						
3.1 Mudar e manter a posição do corpo						
3.2 Alcançar, transportar e mover objetos						
3.3 Movimentos finos da mão						
3.4 Deslocar-se dentro de casa						
3.5 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa						
3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios						
3.7 Utilizar transporte coletivo						
3.8 Utilizar transporte individual como passageiro						
Pontuação - Domínio Mobilidade						
4. Domínio Cuidados Pessoais						
4.1 Lavar-se						
4.2 Cuidar de partes do corpo						
4.3 Regulação da micção						
4.4 Regulação da defecação						
4.5 Vestir-se						
4.6 Comer						
4.7 Beber						
4.8 Capacidade de identificar agravos à saúde						
Pontuação - Domínio Cuidados Pessoais						
5. Domínio Vida Doméstica						
5.1 Preparar refeições tipo lanches						
5.2 Cozinhar						
5.3 Realizar tarefas domésticas						
5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa						
5.5 Cuidar dos outros						
Pontuação - Domínio Vida Doméstica						
6. Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica						
6.1 Educação						
6.2 Qualificação profissional						
6.3 Trabalho remunerado						
6.4 Fazer compras e contratar serviços						
6.5 Administração de recursos econômicos pessoais						
Pontuação - Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica						
7. Domínio Socialização e Vida Comunitária						
7.1 Regular o comportamento nas interações						
7.2 Interagir de acordo com as regras sociais						
7.3 Relacionamentos com estranhos						
7.4 Relacionamentos familiares e com pessoas familiares						
7.5 Relacionamentos íntimos						
7.6 Socialização						
7.7 Fazer as próprias escolhas						
7.8 Vida Política e Cidadania						
Pontuação - Domínio Socialização						
Pontuação Total						

ANEXO II – TCLE (Assistente Social)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Assistente Social.

Conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL - MS - CNS, 1996; 2013)

Investigadores: Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Médico, Professor Associado Colaborador e Edgar Merchan-Hamann, Médico, Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB - Departamento de Saúde Coletiva.

Título da Pesquisa: *Desenvolvimento de metodologia para aprimoramento e validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBrA).*

Prezado(a) Assistente Social,

Desejamos convidá-lo (a) *a participar de forma voluntária em entrevista a ser realizada após o exame de segurado com deficiência marcado na Perícia do INSS*. O objetivo desta pesquisa é avaliar se o questionário chamado IFBrA identifica de forma adequada os direitos das pessoas com deficiência (PcD) conforme determina a Lei Federal 142/2013, para que o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) antecipe em dois, seis ou dez anos as aposentadorias de pessoas com deficiência (PcD).

Sua contribuição profissional poderá ajudar a avaliar a capacidade do questionário IFBrA para medir a gravidade ou intensidade das barreiras sociais, ambientais e físicas enfrentadas pelas PcD, conforme seja utilizado pelo INSS nas perícias realizadas por peritos médicos e entrevistas por assistentes sociais.

Nossa pesquisa pretende saber se o instrumento criado para medir o grau de deficiência pode ser considerado aceitável, justo e bem compreendido. Calculamos que a entrevista poderá durar meia hora. Serão feitas perguntas sobre seu julgamento em relação à adequação do IFBrA na avaliação das dificuldades encontradas pelas PcD nas atividades diárias, lazer, transporte e trabalho. Pediremos permissão para observar o atendimento pelos assistentes sociais e médicos do INSS e realizar depois entrevistas em separados com médicos, assistentes sociais e pessoas com deficiência candidatas à aposentadoria.

Se o(a) senhor(a) aceitar responder ficaremos agradecidos. Sua participação na pesquisa será voluntária, não será paga e não vai lhe trazer benefícios pessoais diretos. Sua participação na pesquisa não implicará em nenhum risco pessoal. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua recusa em participar não vai lhe trazer qualquer prejuízo ou perda de benefícios. Se não puder ou não desejar responder às perguntas não teremos nenhum problema em interromper a entrevista. Todas as informações prestadas serão registradas em papéis, gravadores, computadores e fotografias. As suas informações pessoais e opiniões serão guardadas em segredo pelos pesquisadores que não vão divulgar nomes nem a identificação dos participantes. A pesquisa é realizada pela Universidade de Brasília e não pelo INSS. A equipe técnica e gestora do INSS não terá acesso à sua entrevista.

Nenhuma entrevista será levada ao conhecimento de pessoas não envolvidas nesta pesquisa. Não levaremos suas informações para colegas de seu trabalho ou seus chefes. As respostas de todos os profissionais e segurados entrevistados serão analisadas em grupo sem que apareçam os nomes de quem respondeu.

Todas as respostas serão somadas em relatórios que vão estudar pessoas de vários lugares do país. O resultado será divulgado somente em somas de pontos, tipos de deficiências, idade, sexo e gravidade das deficiências das pessoas que participarem. O INSS e o governo brasileiro não usarão as suas informações pessoais obtidas nessa pesquisa para sua avaliação profissional ou institucional nem poderão guardar seu questionário junto com seus dados pessoais em arquivos do governo.

Não serão pagas despesas pessoais com alimentação, transporte ou tempo perdido no serviço. Responder ao questionário não deve lhe causar prejuízo além do gasto de seu tempo, do desconforto de falar sobre sua prática profissional. Não serão solicitados procedimentos adicionais de qualquer natureza nem lhe pediremos para atender a nenhum outro compromisso depois das respostas. Suas respostas poderão beneficiar outras pessoas quando pedirem aposentadoria. A sua colaboração como Assistente Social será de extrema importância para o êxito desta pesquisa, pela qual, agradecemos de antemão.

Se necessitar de mais informações por favor procure os responsáveis pelo projeto indicados na carta ou o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no endereço abaixo. Uma cópia desta carta ficará em suas mãos para identificar nossos nomes, endereços e telefones. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) senhor (a). *Os entrevistadores poderão assinar a cópia da carta que ficará em seu poder como declaração de seu comparecimento e participação nas entrevistas.*

Se estiver de acordo por favor assine a nossa cópia. Muito obrigado.

Eu aceito a participação nesta pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de 2014.
(município)

Em caso de reclamações sobre a pesquisa favor procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília - UnB (telefone 61- 3107-1951).

Telefones dos Pesquisadores Responsáveis junto ao Departamento de Saúde Coletiva da UnB – 61.3107-1951/ 1952 / 1953 emails: ifbra@gmail.com; Pagina de Internet: <http://www.unb.br/fs/dsc.html> – email do DSC: coletiva@unb.br

Nome e Assinatura do Entrevistador:

ANEXO III – TCLE (Médico)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Médico Perito.

Conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL - MS - CNS, 1996; 2013)

Investigadores: Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Médico, Professor Associado Colaborador e Edgar Merchan-Hamann, Médico, Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB - Departamento de Saúde Coletiva.

Título da Pesquisa: *Desenvolvimento de metodologia para aprimoramento e validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBrA).*

Prezado(a) Doutor (a),

Desejamos convidá-lo(a) **a participar de forma voluntária em entrevista a ser realizada após o exame de segurado com deficiência marcado na Perícia do INSS**. O objetivo desta pesquisa é avaliar se o questionário chamado IFBrA identifica de forma adequada os direitos das pessoas com deficiência (PcD) conforme determina a Lei Federal 142/2013, para que o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) antecipe em dois, seis ou dez anos as aposentadorias de pessoas com deficiência (PcD).

Sua contribuição profissional poderá ajudar a avaliar a capacidade do questionário IFBrA para medir a gravidade ou intensidade das barreiras sociais, ambientais e físicas enfrentadas pelas PcD, conforme seja utilizado pelo INSS nas perícias realizadas por peritos médicos e entrevistas por assistentes sociais.

Nossa pesquisa pretende saber se o instrumento criado para medir o grau de deficiência pode ser considerado aceitável, justo e bem compreendido. Calculamos que a entrevista poderá durar meia hora. Serão feitas perguntas sobre seu julgamento em relação à adequação do IFBrA na avaliação das dificuldades encontradas pelas PcD nas atividades diárias, lazer, transporte e trabalho. Pediremos permissão para observar o atendimento pelos assistentes sociais e médicos do INSS e realizar depois entrevistas em separados com médicos, assistentes sociais e pessoas com deficiência candidatas à aposentadoria.

Se o(a) senhor(a) aceitar responder ficaremos agradecidos. Sua participação na pesquisa será voluntária, não será paga e não vai lhe trazer benefícios pessoais diretos. Sua participação na pesquisa não implicará em nenhum risco pessoal. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua recusa em participar não vai lhe trazer qualquer prejuízo ou perda de benefícios. Se não puder ou não desejar responder às perguntas não teremos nenhum problema em interromper a entrevista. Todas as informações prestadas serão registradas em papéis, gravadores, computadores e fotografias. As suas informações pessoais e opiniões serão guardadas em segredo pelos pesquisadores que não vão divulgar nomes nem a identificação dos participantes. A pesquisa é realizada pela Universidade de Brasília e não pelo INSS. A equipe técnica e gestora do INSS não terá acesso à sua entrevista.

Nenhuma entrevista será levada ao conhecimento de pessoas não envolvidas nesta pesquisa. Não levaremos suas informações para colegas de seu trabalho ou seus chefes. As respostas de todos os profissionais e segurados entrevistados serão analisadas em grupo sem que apareçam os nomes de quem respondeu.

Todas as respostas serão somadas em relatórios que vão estudar pessoas de vários lugares do país. O resultado será divulgado somente em somas de pontos, tipos de deficiências, idade, sexo e gravidade das deficiências das pessoas que participarem. O INSS e o governo brasileiro não usarão as suas informações pessoais obtidas nessa pesquisa para sua avaliação profissional ou institucional nem poderão guardar seu questionário junto com seus dados pessoais em arquivos do governo.

Não serão pagas despesas pessoais com alimentação, transporte ou tempo perdido no serviço. Responder ao questionário não deve lhe causar prejuízo além do gasto de seu tempo, do desconforto de falar sobre sua prática profissional. Não serão solicitados procedimentos adicionais de qualquer natureza nem lhe pediremos para atender a nenhum outro compromisso depois das respostas. Suas respostas poderão beneficiar outras pessoas quando pedirem aposentadoria. A colaboração do (a) doutor(a) será de extrema importância para o êxito desta pesquisa, pela qual, agradecemos de antemão.

Se necessitar de mais informações por favor procure os responsáveis pelo projeto indicados na carta ou o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no endereço abaixo. Uma cópia desta carta ficará em suas mãos para identificar nossos nomes, endereços e telefones. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) senhor (a). *Os entrevistadores poderão assinar a cópia da carta que ficará em seu poder como declaração de seu comparecimento e participação nas entrevistas.*

Se estiver de acordo por favor assine a nossa cópia. Muito obrigado.

Eu aceito a participação nesta pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de 2014.
(município)

Em caso de reclamações sobre a pesquisa favor procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília - UnB (telefone 61- 3107-1951).
Telefones dos Pesquisadores Responsáveis junto ao Departamento de Saúde Coletiva da UnB – 61.3107-1951/ 1952 / 1953 emails: ifbra@gmail.com; Pagina de Internet: <http://www.unb.br/fs/dsc.html> – email do DSC: coletiva@unb.br

Nome e Assinatura do Entrevistador:

ANEXO IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA (Assistente Social)**Entrevistador:****Agência-cidade:****Nome do Entrevistado:****Cargo:****Data da entrevista:****Roteiro de Entrevista para Assistentes Sociais****Bloco 1 - Trabalho**

- 1- Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- 2- Fale um pouco da sua trajetória profissional pra mim. Onde você já trabalhou?
- 3- Como é sua rotina de trabalho no INSS?
- 4- Você já trabalhou com avaliação de pessoas com deficiência em alguma outra política? E na sua prática como assistente social em outros espaços? (ex.: BPC, transporte, etc) Quais?
- 5- Você recebeu capacitação para avaliar as pessoas com deficiência para a aposentadoria?

Bloco 2 – Compreensão de deficiência

- 6 – Como você identifica as pessoas com deficiência no seu dia-a-dia? É diferente da avaliação que você faz aqui no INSS? Como? (Pode pedir para narrar um dia usual na rua ou no transporte, como sabe que alguém é uma pessoa com deficiência).
- 7 – Você acha que as pessoas que você atendeu eram pessoas com deficiência? (descrever quem eram para o profissional se precisar – descrever também na transcrição).
- 8 – Para você, a deficiência tem graus? Quais são eles?

Bloco 3 – Avaliação Social

- 9 – O que é importante na avaliação da pessoa com deficiência feita aqui no INSS para você? (investigar alguns elementos, a opinião da própria pessoa com deficiência, laudo, documentos, exame clínico, a profissão do segurado, etc.)
- 10- Quais são os critérios que você utiliza para determinar o grau de deficiência na avaliação aqui no INSS?
- 11 – Além disso, você faz mais alguma coisa?
- 12 – Você acha que a avaliação da LC 142 pode ser comparada com a do BPC? De que forma?

Bloco 4 – IFBr-A

- 11 – Há alguma questão do IFBr-A que é difícil de fazer? Qual? Por que?
- 12 – Há alguma atividade listada que você acha desnecessária ou que não entende porque está no instrumento? Qual? Por quê?
- 13 – Há algo que você considera importante e que o instrumento deixa de fora?
- 14 – Você acha que o instrumento está captando todas as pessoas que deveriam receber aposentadoria? E os graus atribuídos estão adequados?
- 15 – Você acha que os segurados entendem/concordam com a avaliação a que são submetidos?
- 16 – Você utiliza o manual para a aplicação do instrumento?
- 17 – Você acha que este instrumento esta sendo adequado para a LC 142?

ANEXO V – ROTEIRO DE ENTREVISTA (Médico)

Entrevistador:

Agência-cidade:

Nome do Entrevistado:

Cargo:

Data da entrevista:

Roteiro de Entrevista para Médicos

Bloco 1 - Trabalho

- 1- Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- 2- Fale um pouco da sua trajetória profissional pra mim. Onde você já trabalhou?
- 3- Como é sua rotina de trabalho no INSS?
- 4- Você já trabalhou com avaliação de pessoas com deficiência em alguma outra política? E na sua prática médica em outros espaços? (ex.: BPC, transporte, etc) Quais?
- 5- Você recebeu capacitação para avaliar as pessoas com deficiência para a aposentadoria?

Bloco 2 – Compreensão de deficiência

6 – Como você identifica as pessoas com deficiência no seu dia-a-dia? É diferente da avaliação que você faz aqui no INSS? Como? (Pode pedir para narrar um dia usual na rua ou no transporte, como sabe que alguém é uma pessoa com deficiência/ pedir para narrar como identifica a deficiência como médico assistente).

7 – Você acha que as pessoas que você atendeu eram pessoas com deficiência? (descrever quem eram para o medico se precisar – descrever também na transcrição).

8 – Para você, a deficiência tem graus? Quais são eles?

Bloco 3 – Avaliação Social

9 – O que é importante na avaliação da pessoa com deficiência feita aqui no INSS para você? (investigar alguns elementos, a opinião da própria pessoa com deficiência, laudo, documentos, exame clínico, a profissão do segurado, etc.)

10- Quais são os critérios que você utiliza para determinar o grau de deficiência na avaliação aqui no INSS?

11 – Além disso, você faz mais alguma coisa?

12 – Você acha que a avaliação da LC 142 pode ser comparada com a do BPC? De que forma?

Bloco 4 – IFBr-A

- 11 – Há alguma questão do IFBr-A que é difícil de fazer? Qual? Por que?
- 12 – Há alguma atividade listada que você acha desnecessária ou que não entende porque está no instrumento? Qual? Por quê?
- 13 – Há algo que você considera importante e que o instrumento deixa de fora?
- 14 – Você acha que o instrumento está captando todas as pessoas que deveriam receber aposentadoria? E os graus atribuídos estão adequados?
- 15 – Você acha que os segurados entendem/concordam com a avaliação a que são submetidos?
- 16 – Você utiliza o manual para a aplicação do instrumento?
- 17 – Você acha que este instrumento está sendo adequado para a LC 142?